BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE, CHIRURGICALE

OBSTÉTRICALE ET PHARMACEUTIQUE

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. HENNUYER, RUE DARCET, 7

FONDÉ PAR
MIQUEL
1831.

BULLETIN GÉNÉRAL

CONTINUÉ PA
DUJARDIN-BEAUMETZ
1873-1895.

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE, CHIRURGICALE, OBSTÉTRICALE ET PHARMACEUTIQUE

DIRECTEUR SCIENTIFIQUE

ALBERT ROBIN

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

COMITÉ DE RÉDACTION

H. HALLOPEAU
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

G. BOUILLY
Chirurgien de l'hôpital Cochin
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

F. HEIM
Professeur agrégé d'histoire naturelle médicale
à la Faculté de médecine de Paris,
Docteur ès sciences.

RÉDACTEUR EN CHEF

G. BARDET

ASSISTANT DE THÉRAPEUTIQUE A L'HÔPITAL DE LA PITIÉ
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

TOME CENT VINGT-HUITIÈME

PARIS
OCTAVE DOIN, ADMINISTRATEUR GÉRANT
PLACE DE L'ODÉON, 8
1895



BULLETIN GÉNÉRAL

THÉRAPEUTIQUE

A NOS LECTEURS

J'ai tenu la promesse que j'avais faite au début de l'année 1894, et tous les mois j'ai fourni un article de clinique thérapeutique.

Aidé dans ma tâche par les docteurs Sapelier et Guinard, dont les travaux publiés dans le *Bulletin* ont été reproduits par la presse médicale et étrangère, je continuerai cette année à suivre la marche que je me suis tracée.

Aujourd'hui, la presse médicale, qui ne cesse d'augmenter en nombre, et cela au détriment de sa valeur scientifique, se divise en trois variétés de recueils ; les uns, journaux de reportage et de sociétés savantes, donnent dès leur apparition les comptes rendus de ces sociétés ; les autres, enregistrant des faits, constituent

de véritables *Centralblatt* dont l'utilité est incontestable, et les troisièmes publient des mémoires originaux. C'est dans ce dernier groupe que se place le *Bulletin de thérapeutique*, dont les revues mêmes de ce journal vont être modifiées, et constituer des examens critiques sur un point donné de la thérapeutique.

Le *Bulletin* continuera donc, en la perfectionnant, la ligne de conduite qu'il a adoptée, et qui a pour devise : « Guérir le plus souvent, toujours soulager, constamment préserver. »

DUJARDIN-BEAUMETZ.

Beaulieu, 1er janvier 1895.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Examen critique du traitement des dyspepsies.

(QUATRIÈME ARTICLE.)

De l'intervention chirurgicale dans les dyspepsies;

Par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine, Médecin de l'hôpital Cochin.

Enhardis par les succès de la chirurgie abdominale, s'appuyant sur une antisepsie et une asepsie rigoureuses, les chirurgiens veulent aujourd'hui intervenir activement dans les affections chroniques de l'estomac, et lorsque la thérapeutique a épuisé toutes ses ressources, ils prétendent pouvoir remporter des succès là où la médecine a échoué complètement.

Pour qu'on ne taxe pas d'exagéré ce que je viens de dire, je reproduis ici textuellement les conclusions du docteur Doyen (1), que je puise dans l'intéressant livre qu'il vient de publier.

Le docteur Doyen repousse le traitement chirurgical dans les affections cancéreuses de l'estomac ; ce sont là des opérations palliatives qui n'entraînent toujours qu'une amélioration très passagère. Mais, en revanche, il veut qu'on intervienne dans les formes graves de la dyspepsie : « la gastrite chronique, la gastrite ulcéreuse et toutes leurs conséquences, dilatation d'estomac, pituite, gastralgie, hématémèses, vomissements alimentaires.

« La gastro-entérostomie, continue-t-il, pratiquée par notre procédé, amène en effet la guérison radicale des cas les plus

(1) Doyen, *Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum*. Paris, 1895, p. 3.

invétérés d'ulcère et de maladie de Reichmann arrivée même à la période de la cachexie finale. L'ulcère du duodénum se cicatrise également en quelques semaines à la suite de l'opération.

« Enfin, dit le chirurgien de Reims, nous démontrerons qu'en agissant à temps, il est possible de prévenir, dans une certaine mesure, l'évolution du cancer de l'estomac qui, presque sans exception, se développe sur les bords d'un ulcère simple ou dans un estomac atteint de gastrite chronique. »

Comme on le voit, Doyen n'hésite nullement dans ses affirmations. A l'appui de son dire, il a écrit un livre que je me permettrai d'apprécier au point de vue médical, laissant aux chirurgiens le soin de discuter la valeur des procédés de gastro-entérostomie qu'il propose. De plus, dans une des dernières séances de l'Académie (18 décembre), Doyen nous a montré un certain nombre de ses opérés.

Avant d'aborder les questions de pathologie et de physiologie que Doyen discute dans son livre, il est un point fort intéressant sur lequel il faut se mettre d'accord : c'est celui des rapports de l'estomac.

Il semblerait que l'anatomie des rapports, et en particulier ceux des viscères abdominaux, était un fait solidement établi et dont les bases étaient indiscutables. On verra qu'il n'en est rien.

Jusque dans ces vingt dernières années, tous nos traités classiques plaçaient l'estomac horizontal, et tandis que la petite courbure entourait la colonne vertébrale, la grande courbure, au contraire, reposait sur le côlon transverse. Pour que l'on juge bien de la disposition de cet estomac, je reproduis ici textuellement une gravure empruntée à l'ouvrage classique de Sappey (1). (Voir fig. 1.)

(1) Sappey, *Anatomie descriptive*, t. IV, quatrième édition, p. 155.

Tout autre est la disposition adoptée par Doyen et, pour s'en convaincre, il suffit de jeter les yeux sur la figure 2, que je reproduis textuellement d'après les indications de l'auteur.

Ici, la petite courbure est absolument verticale et longe le bord gauche de la colonne vertébrale, tandis qu'au contraire

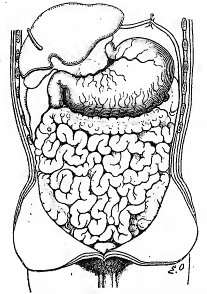


Fig. 1. — Rapport de l'estomac, d'après Sappey.

la graude courbure, presque verticale aussi, se logerait dans l'hypochondre gauche.

Ou voit aussi, d'après ce dessin, la disposition fort intéressante du duodénum, qui constitue un véritable U autour de la tête du pancréas, très analogue, par sa disposition, à ces siphons dont sont munis aujourd'hui tous nos tuyaux de décharge. Le pylore serait placé exactement devant le corps de la première lombaire, qu'il ne dépasserait pas.

Observons que les périodes de vacuité ou de plénitude de l'estomac font varier légèrement ces rapports, non pas pour le pylore, mais pour la partie inférieure de la grande courbure, qui tend alors à se distendre et à former une dilatation prépylorique qui prendra, dans le cas d'atonie de l'estomac ou de dilatation de l'organe, un développement considérable. On comprend alors que ce bas-fond de l'estomac, placé très

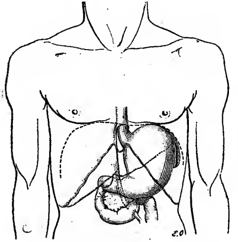


Fig. 2. — Rapport de l'estomac, d'après Doyen.

au-dessous de l'orifice pylorique, ne puisse se vider complètement, et l'on a alors quelque chose de très comparable au cul-de-sac de la vessie des vieux prostatiques.

Cette disposition de l'estomac est-elle adoptée de tous les chirurgiens? Il semble que oui, et les coupes faites sur les sujets congelés donnent raison à cette manière de voir.

Nous en devons tirer, nous médecins, une conclusion intéressante : c'est que dans nos explorations à la recherche des cancers pyloriques, nous nous éloignons beaucoup trop

de la ligne médiane vers la droite, et nous avons toujours une tendance à rechercher ces tumeurs au niveau de la vésicule biliaire. C'est sur la ligne médiane que nos investigations doivent porter, et en particulier au niveau de la première lombaire.

Si j'ai peu de chose à dire au sujet des rapports de l'estomac, et si, sur ce point, je dois m'en rapporter aux anatomistes et aux chirurgiens, j'avoue que je ne puis partager entièrement les idées émises par Doyen sur la physiologie de l'estomac. Pour lui, le spasme du pylore constituerait la clef de voûte de la physiologie et de la pathologie stomacales. Toutes les fois que l'estomac reçoit des aliments, il se produirait un spasme du pylore, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que ce spasme, une fois vaincu, les aliments passeraient dans le duodénum. Lorsque ce spasme est trop prolongé, la stagnation des aliments se produit, et l'on voit survenir alors tous les symptômes propres à la dilatation et à la dyspepsie.

J'aurais voulu que le chirurgien de Reims nous donnât, à l'appui de son spasme, des expériences décisives. C'est ce qu'il n'a pas fait. Je crois qu'il est beaucoup plus simple d'admettre que, par la suite de la contraction des fibres stomacales, la grande courbure tend de plus en plus à s'effacer et le cul-de-sac prépylorique à disparaître, de telle sorte que l'estomac se transforme en un véritable tube qui continue d'une part l'œsophage et d'autre part le duodénum. Cette contraction se fait lentement ; elle est augmentée ou diminuée sous des influences multiples, mais le pylore et son sphincter n'y jouent en somme qu'un rôle secondaire. Mais arrivons au point capital, c'est-à-dire au résultat opératoire.

Mon départ dans le Midi ne m'a pas permis d'examiner aussi longuement que je l'eusse désiré les malades que Doyen a présentés à l'Académie. De plus, quoique certains de ses opérés le fussent depuis deux ans, les opérations sont trop

récentes et trop rares pour que nous puissions avoir sur leur résultat définitif des renseignements certains. Je crois, comme Doyen, que la création d'une bouche directe de l'estomac dans l'intestin doit soulager un très grand nombre de dyspeptiques. Ces derniers souffrent en effet dans les périodes de digestion et lors du séjour des aliments dans l'estomac. Que par la pensée ce séjour soit réduit à son minimum, on comprend immédiatement combien est grand le soulagement apporté à ces dyspeptiques. On transforme pour eux la digestion stomacale douloureuse en digestion intestinale, et on les rapproche assez de ces chats et de ces chiens opérés par Pachon et chez lesquels on a suturé directement l'œsophage au duodénum.

Outre le soulagement physique, il y a un grand soulagement moral; le dyspeptique, qui ne souffre plus de l'estomac, reprend sa gaieté, et c'est l'impression que m'ont produite les malades présentés par Doyen. Cependant, on est en droit de se demander si cette substitution de la digestion intestinale à la digestion stomacale n'aura pas, par la suite, des inconvénients ; je reconnais que, grâce au pancréas et à la bile, l'intestin suffit parfaitement à une digestion suffisante. Mais il peut survenir de la fatigue de l'intestin, de l'entérite, résultat de cet excès de travail digestif.

Chez les malades atteints d'ulcère simple de l'estomac, l'amélioration doit être rapide ; mais ce que je ne puis admettre complètement, c'est que désormais, grâce à la bouche gastro-intestinale, il n'y aura pas de récidive cancéreuse sur la cicatrice de l'ulcère. Souvent ces transformations se produisent très tardivement et, pour ma part, je connais trois observations d'ulcère simple de l'estomac qui ont succombé à des cancers, mais dix ans au moins après l'évolution de la première maladie, et comme les opérés de gastro-entérostomies ne le sont que depuis peu d'années, nous ne pouvons rien préjuger de l'avenir. Il en est de même du développe-

ment du cancer dans la gastrite chronique. Ces deux maladies peuvent évoluer séparément sans jamais se compliquer. Il y a des malades qui meurent avec de la gastrite sans présenter trace de cancer. Nous avons donc encore sur ce point des réserves à faire.

Mais c'est déjà beaucoup de pouvoir admettre qu'avec la gastro-entérostomie on puisse soulager et même guérir certaines formes chroniques rebelles et douloureuses des dyspepsies. Mais à quel prix cette amélioration peut-elle être obtenue? C'est ce qu'il me reste maintenant à considérer.

Lorsqu'on prend dans son ensemble la statistique des opérations pratiquées par les chirurgiens français et étrangers sur l'estomac pour des affections non cancéreuses, on voit qu'il y a eu 92 interventions avec 24 insuccès, ce qui donne une mortalité de 26 pour 100. Celle de Doyen est un peu plus élevée; il est intervenu dans 25 cas d'affections de l'estomac non cancéreuses, il a eu 7 morts, c'est-à-dire une mortalité de 28 pour 100. J'avoue que ces chiffres de 26 ou de 28 pour 100 ne me laissent pas sans inquiétude, et il est bien entendu que chez tous les malades atteints de dyspepsie qui réclament l'intervention chirurgicale, on ne doit pas leur laisser ignorer qu'un peu plus d'un quart des opérés peut succomber. Il est probable que, grâce aux perfectionnements apportés à la méthode opératoire, cette mortalité tendra à décroître chaque jour.

Le bouton de Murphy, en permettant de pratiquer rapidement et sûrement, comme l'a montré Quénu, la gastro-entérostomie, doit augmenter considérablement les chances de guérison opératoire. Il paraît acquis que, dans les opérations de l'abdomen, plus est courte l'intervention chirurgicale, plus les chances d'éviter le shock sont grandes.

Malheureusement, ce que je redoute, c'est que nous allons voir se reproduire, pour les affections chroniques de

l'estomac, les mêmes abus que pour les affections utérines et péri-utérines.

Tous les neurasthéniques gastriques, et Dieu sait si le nombre en est grand, qui, après avoir parcouru les différentes stations thermales de l'Europe, consulté les cliniciens de tous les pays, n'ont pu trouver un soulagement à leurs maux, vont réclamer l'intervention chirurgicale, et pour quelques-uns qui seront soulagés, d'autres courront de grands dangers, sans obtenir la moindre amélioration. Ce serait là le plus grand malheur qui pût arriver à ces méthodes chirurgicales qui peuvent être utilisées ; mais il faut tout d'abord, avec grand soin, nous efforcer de bien limiter dans quels cas la chirurgie peut intervenir avec succès. C'est là une œuvre importante, et qui mérite à la fois l'attention et des chirurgiens et des médecins.

Beaulieu, décembre 1894.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Comparaison des diverses méthodes de traitement des varices et de leur complication la plus fréquente : l'ulcère ;

Par le docteur Ch. Remy, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de la maison départementale de Nanterre.

I

RÉSUMÉ DE PATHOGÉNIE ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Pour expliquer la direction que nous donnons au traitement, il nous paraît indispensable de résumer les connaissances anatomiques et pathogéniques que nous avons acquises, et que nous exposons dans d'autres mémoires.

La cause des varices est ou une malformation héréditaire,

ou un traumatisme, ou une inflammation résultant d'une infection comme la phlegmatia ou enfin un vice du sang comme le rhumatisme et l'arthritisme. Dans tous les cas, la fatigue, qui produit de véritables attaques d'asystolie veineuse, est un agent invariable de dilatation variqueuse.

A la lésion primitive des veines s'ajoute la paralysie vasomotrice. Il existe aussi une dilatation active des vaisseaux qui produit des varices, par exemple dans la grossesse ou la menstruation.

Une fois le mal commencé, le processus de propagation est toujours le même. Il a pour agent le poids du sang qui presse sur les parois vasculaires plus ou moins altérées. Tout ce qui augmente la pesée du sang sur les veines, ou la durée de cette pression, favorise la rapidité de l'envahissement variqueux. C'est ainsi que les conditions sociales interviennent dans la pathogénie. Les professions qui condamnent à la station verticale, et surtout à la station prolongée, hâtent le développement du mal et devraient être interdites aux variqueux.

Si les veines sont obligées de supporter toute une journée la distension que leur cause une colonne sanguine non interrompue par des valvules, elles mettent en jeu tous leurs moyens de résistance, l'élasticité et la contraction de leurs parois, mais chaque soir les vaisseaux variqueux et les segments veineux proches voisins sont fatigués; leurs muscles sont impuissants. Ils ont une sorte d'attaque d'asystolie. Une partie de la nuit suffit d'abord à mettre tout en ordre, puis les muscles de la veine s'hypertrophient pour résister davantage; mais cette hypertrophie compensatrice elle-même a des limites et devient insuffisante. Le vaisseau, distendu à son maximum, subit un écartement de ses valvules qui en amène l'insuffisance. Une nouvelle partie veineuse va supporter les effets du poids de la colonne sanguine.

Si le mal se localise, on voit se former les paquets variqueux, c'est le cas le plus simple; mais si la veine principale du membre est atteinte, il n'en est plus de même. Elle se distend de proche en proche jusqu'au pli de l'aine. Il ne reste plus à ce moment une seule valvule capable de fonctionner dans tout le membre; comme il n'en existe pas dans les veines cave, iliaque et fémorales qui se font suite jusqu'au cœur, la hauteur de la colonne sanguine qui passe au bas du membre se trouve brusquement augmentée. Elle mesure la distance du cœur au pied, c'est-à-dire 1 mètre de hauteur.

Les varices ont une marche envahissante. Le poids du sang ne cesse d'agir dans les varices, de même que dans les anévrismes, et c'est avec raison que le rapprochement entre les deux affections a été fait.

Car de même que dans la poche anévrismale, la marche envahissante est constante ; de même, dans la veine variqueuse, la dilatation envahira de proche en proche, de valvule en valvule jusqu'au cœur d'une part, et jusqu'aux plus petites veines et aux plus fins capillaires de l'autre, et ces dernières lésions, quoique invisibles, ne sont pas les moins graves.

Toutes les valvules entre les varices et le cœur peuvent cesser de fonctionner. C'est là l'état le plus grave, car au poids mécanique du sang s'ajoute l'action dynamique du cœur; mais il faut bien remarquer que les valvules sont quelquefois sans altération, que leur non-fonctionnement résulte d'une distension des parois, qui ne leur permet plus de se rapprocher, et que si la veine cesse d'être distendue outre mesure, elles peuvent reprendre leur contact et leurs fonctions.

Les veines variqueuses n'ont d'abord que de l'hypertro-

phie musculaire compensatrice pour toute lésion ; puis leur *vasa vasorum* se dilatent, puis autour de ceux-ci commence la sclérose, puis la néoplasie conjonctive envahit les faisceaux musculaires et forme une myosite scléreuse.

C'est donc par la tunique moyenne que débute la lésion ; mais elle ne s'y localise pas, et la sclérose, qui est la suite de l'ectasie capillaire, se développe à la fois dans la tunique moyenne et la tunique externe.

La périphlébite ne tarde pas à devenir prédominante.

Les capillaires sont les agents de propagation de la sclérose, dans la continuité des veines et dans les tissus voisins. Des parois veineuses malades, les capillaires dilatés portent la sclérose aux tissus périphériques et y produisent l'induration.

Dans la peau, le reflux du sang détermine des œdèmes, des hypertrophies papillaires, des productions épithéliales irrégulières par excès ou insuffisance, de petites hémorragies interstitielles, des troubles des glandes sudoripares et sébacées. Œdèmes, troubles sécrétoires, foyers inflammatoires, tout cela mène à la dermite profonde ou à l'eczéma superficiel.

Dans les profondeurs du derme, le tissu fibreux épaissit, et, d'autre part, le réseau du tissu élastique semble rompu. Il paraît écarté en quelques points, ramassé en pelotons en d'autres endroits. Les muscles persistent, mais englobés dans l'induration. L'élasticité et la contractilité sont donc compromises.

Quand la lésion des capillaires n'a pas le temps d'aboutir à la sclérose, leur dilatation devient énorme ; les œdèmes, les hémorragies interstitielles sont très développés ; c'est une forme d'éléphantiasis qui siège à la fois dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Les muscles, les nerfs peuvent être envahis par l'ectasie capillaire et la sclérose qu'elle apporte avec elle. C'est

aussi par un processus analogue que se forment les hyperostoses.

Si la névrite vient se surajouter à toutes les autres lésions, il ne faut pas lui attribuer le rôle le plus actif. Le trouble circulatoire prime tout.

Tout traitement qui s'opposera au reflux du sang dans les varices sera rationnel, et il agira du même coup sur les complications telles qu'ulcères ou eczéma qui en dépendent.

L'anatomie pathologique donne au chirurgien l'espérance de produire des améliorations à distance. Il ne se trouve pas dans la nécessité absolue de détruire toute l'étendue du mal, car il est permis d'espérer que des veines dilatées, encore à la période de l'hypertrophie compensatrice, reprendront leur état naturel ; que des veines présentant de la périphlébite pourront se guérir quand le choc rétrograde du sang sera supprimé, et d'autre part, en supprimant une veine malade, on anémie les capillaires qu'elle émet au loin, et l'on peut arrêter la sclérose et les troubles de nutrition.

L'ulcère survient au milieu de tissus sclérosés et œdématiés parcourus par les capillaires dilatés venant des veines variqueuses.

Toujours l'ulcère est situé sur le trajet d'une veine qui lui adhère et qui lui envoie ses capillaires anormaux. Ses bourgeons charnus, violacés, sont le siège de stases sanguines, d'œdème. L'ulcère peut venir à la suite de plaies, mais il succède aussi à de petites hémorragies insterstitielles spontanées, qui détachent l'épiderme et provoquent une petite escarre superficielle.

L'endophlébite est un phénomène tardif, une sorte de propagation de la sclérose péri-musculaire et péri-capillaire.

C'est l'état terminal et incurable de la lésion variqueuse, car les plaques endophlébitiques rendent la veine incapable de revenir sur elle-même.

Il ne faut pas oublier que les varices agissent non seulement par sclérose, mais aussi par usure des tissus voisins.

Résumé des conditions d'un traitement rationnel. — Pour empêcher la propagation des varices, il n'y a que deux moyens : s'attaquer à la périphlébite, arrêter l'ectasie capillaire, en supprimer la source, traiter, quand on peut, la varice comme une tumeur localisée. C'est le moyen radical rationnel. Si c'est impossible à cause de la tension des varices, il faut diminuer l'afflux sanguin, en faisant des valvules artificielles, en détournant le cours du sang. C'est le moyen palliatif.

Pour guérir l'ulcère, il faut supprimer la veine nourricière à laquelle il adhère.

Dans tous les cas, guérir ce qui existe ne suffit pas. Il y a une deuxième partie du traitement, les moyens prophylactiques. Il faut rétablir l'élasticité et la contractilité des vaisseaux veineux et de la peau. Il faut supprimer la fatigue.

A l'heure actuelle, restent en présence pour le traitement des varices : le repos au lit, la compression, les injections coagulantes, les ligatures multiples, la ligature de Trendelenburg avec résection partielle, l'extirpation ou résection étendue.

Dans le traitement des ulcères, outre les moyens déjà spécialement appliqués aux varices simples, nous trouvons toute une collection de topiques : la greffe, l'incision circonférencielle.

Le repos, la guérison spontanée. — On ne connaît pas de guérison spontanée.

Compter sur la guérison pure et simple des varices par le repos serait se bercer d'un espoir irréalisable.

La guérison sans intervention succède le plus souvent à la phlébite adhésive, et il est remarquable qu'à la suite de cette oblitération veineuse l'induration cutanée ne disparaît pas, et que les varices peuvent même se reproduire.

J'ai observé une femme ainsi guérie, mais au prix d'une rétraction cicatricielle et d'un pied bot équin. Pendant dix ans, elle ne put marcher et resta sans varices et sans ulcère. Enfin, grâce à un traitement approprié, ténotomie, redressement sous le chloroforme, elle put reprendre le travail; mais au bout de quatre ans, à la suite de fatigues, l'ulcère reparut.

Il n'est pas rare de voir cette affection diminuer peu à peu avec l'âge. Elle finirait même par disparaître. C'est par cette parole consolante que se terminait jadis, en 1876, l'article sur les varices de Jamain et Terrier.

Il est vrai que les varices ont quelquefois disparu chez des vieillards, mais ce résultat était dû à la cessation de toute activité physique.

De même s'effaçaient les varices chez les hommes jeunes qui obtenaient la faveur d'un long séjour à l'hôpital. Rien d'étonnant à cela. Le repos a toujours été le meilleur remède contre les varices, et le travail a toujours été la cause des rechutes. Si la dilatation variqueuse ne guérit que lorsque l'homme est classé au rang des êtres incapables de gagner leur vie, le résultat est maigre, et la société surchargée d'infirmes.

La compression. — La compression des membres variqueux a donné de bons résultats. Sans amener la guérison, elle a prévenu les accidents et les complications. Elle supplée, dit Verneuil, à la contractilité et l'élasticité qui font défaut dans les veines.

Nous ajoutons qu'elle remplace aussi l'élasticité de la peau qui ne peut résister longtemps à la distension veineuse et disparaît devant l'envahissement des capillaires sclérogènes.

Elle limite la distension des téguments. Elle les protège en outre comme une cuirasse contre les chocs. Elle allège le membre en empêchant le sang d'y affluer.

On ne s'imagine pas la quantité de sang qui s'accumule dans un membre variqueux.

J'ai vu un boulanger variqueux dans ses deux membres inférieurs, qui avait des syncopes par anémie cérébrale lorsqu'il abandonnait ses bas élastiques. Je l'ai vu changer de couleur, pâlir et tomber en défaillance pendant que je l'examinais. Il est certain que sur les cinq litres de sang qui constituent la moyenne habituelle contenue dans les vaisseaux, un tiers peut-être de la quantité s'était précipité dans les veines, dont les parois n'avaient plus leur soutien habituel.

Les jambières de peau fine et souple employées dès l'antiquité, car on en trouve l'indication dans Avicenne, ont été remplacées par les tissus élastiques qui ont aujourd'hui la préférence.

Les bas à varices sont connus de tout le monde. Le caoutchouc en est le principal agent d'élasticité.

A côté de ces appareils contentifs bien faits, nous trouvons les bandes élastiques de caoutchouc ou de laine, ou même des bandes de toile comme agent de compression. Mais la compression qui n'est pas élastique ne remplit les indications que très imparfaitement.

Le bas à varices n'est utile que s'il conserve son élasticité. Il a besoin d'être bien fait et bien ajusté : trop serré, il est pénible ; trop large, il fait des plis et n'est pas utile.

Il a besoin d'être entretenu et renouvelé. Aussi, malgré son prix modique, son emploi devient impraticable pour

certaine catégorie de patients, et pour ceux précisément qui en ont le plus besoin, les pauvres.

L'avenir des variqueux. Traités par le repos et la compression. — Le repos et le bas élastique sauvent les malades aisés des progrès du mal et de ses complications, mais ils ne peuvent empêcher que les variqueux ainsi traités ne soient des infirmes toujours gênés dans la marche et la station debout, menacés de la phlébite et de la rupture variqueuse.

Malheureusement, ceux qui sont le plus souvent atteints par les varices sont les pauvres ; exposés par profession aux fatigues, n'ayant pas plus les moyens de se donner du repos que de se payer un bas élastique, ils arriveront fatalement à l'impossibilité de travailler et à la misère.

Les varices leur paraissent pendant quelque temps être sans gravité. Elles déterminent une simple gêne. Tels sont les paquets variqueux.

Mais, en raison de la marche envahissante du mal, elles ne tardent pas à constituer une infirmité dont l'importance varie et qui peut aboutir à l'impotence complète des membres inférieurs. Tel est l'état des malades atteints de varices généralisées, d'ulcères récidivants ou incurables, de constrictions cicatricielles, de pieds bots par rétraction cicatricielle, d'éléphantiasis par compression ou par propagation.

Quelquefois enfin, mais rarement, elles peuvent causer la mort. Des lymphangites et des érysipèles graves peuvent résulter de l'absence de soins. La phlébite peut amener des embolies ou l'infection purulente. La rupture d'une veine peut produire une hémorragie foudroyante.

La gravité du pronostic dépend donc des soins que le malade se donne, et nous voulons le bien faire remarquer au point de vue des indications du traitement.

C'est pour les travailleurs de la classe pauvre une affection des plus terribles. Elle les réduit à l'impuissance et la misère sans abréger leur vie et diminuer leurs besoins, car tous les autres organes restent sains, et la terminaison mortelle est une véritable surprise.

Ils se traînent pendant des années d'hôpital en hôpital, sans y trouver jamais de guérison ou d'asile définitif.

Une telle situation légitime toutes les tentatives opératoires. Car si l'ulcère variqueux immobilise au lit pendant des mois et quelquefois des années, la faute en est à l'abandon où sont laissés ceux qui en sont atteints, et qui se considèrent comme incurables. Au contraire, si l'on fait luire à leurs yeux l'espoir d'une guérison, ils se soumettent sans hésiter à de pénibles opérations et les demandent avec instance.

II

DES OPÉRATIONS SUR LES VARICES.

Historique et indications. — Depuis l'époque la plus reculée, on a trouvé dans les varices et leurs complications les indications d'une intervention chirurgicale. Avant tout, c'est l'ulcère variqueux qui attire l'attention. Hippocrate cherchait à dégorger les veines variqueuses pour empêcher l'afflux du sang, qui retardait la guérison des ulcères. Galien et tous les auteurs après lui répétèrent sous différentes formes la même idée. Il faut guérir les varices pour guérir l'ulcère qui en reçoit le sang.

Ambroise Paré ajoute avec juste raison à ces indications primitives la menace de *rupture* des veines distendues.

Avec J.-L. Petit, la *douleur*, la *difformité*, l'*inflammation* ou l'*incommodité* des paquets variqueux parurent suffisantes pour risquer une opération ; mais une telle hardiesse ne pouvait convenir qu'à des chirurgiens heureux. Aussi les indications ont-elles été restreintes quand l'intervention a

donné lieu à des accidents; aussi les méthodes timides, sans ouverture du vaisseau : « ligatures multiples, ligatures sans dénudation, par transfixion cutanée, ligatures sur une ou plusieurs épingles passées sous le vaisseau ou à travers lui, destruction des varices par les caustiques à travers la peau, coagulation du sang par injection intra-veineuse, etc.,» toutes ces méthodes ont-elles été plus fréquemment employées que l'opération sanglante.

Et cependant, malgré la sécurité qu'elles paraissent donner, nous trouvons toujours chez les opérateurs une tendance à limiter leur emploi. Bonnet, de Lyon, qui employait la potasse caustique, la réservait aux cas d'ulcères rebelles et de vives douleurs. Les recherches sur l'infection purulente et sur les inflammations des veines, survenues malgré toutes les précautions de l'époque, avaient semé l'inquiétude.

On aurait pu croire que la douleur de l'opération, comme au temps du proconsul romain C. Marius, avait fait reculer bon nombre d'opérés et d'opérateurs; mais lorsque, après, l'anesthésie fut employée, vers 1846, la douleur de l'opération ne pouvait plus entrer en ligne de compte. Cependant c'est l'époque où le traitement chirurgical des varices fut plus que jamais abandonné.

Aux contre-indications tirées du danger de l'opération s'ajoutent des recherches qui en prouvent l'inutilité.

C'est à tort qu'on attaque les varices superficielles.

Toute varice superficielle est accompagnée de varices profondes. L'affection variqueuse débute habituellement par les vaisseaux profonds du membre.

Si l'on supprime assez facilement les superficielles, on est obligé d'abandonner les profondes.

Appuyées par la haute autorité de Verneuil, ces conclusions furent acceptées sans conteste, érigées en lois, et arrêtèrent les tentatives des chirurgiens.

Un peu plus tard s'ajouta à ces contre-indications la renaissance des théories humorales de l'époque hippocratique.

Les lésions variqueuses dépendent d'un état général, d'une diathèse.

Si l'on parvient à détruire les vaisseaux malades, on ne supprime pas pour cela la diathèse qui se manifestera par l'altération de nouveaux vaisseaux. C'est là ce qui nous explique le retard des chirurgiens français.

Lorsque l'emploi de l'antisepsie eut rendu les opérateurs plus confiants et écarté les dangers d'infection qui rendaient jusqu'alors si redoutables les opérations des veines, le nombre des opérations se multiplie rapidement.

Voici, classée par années, une liste des opérateurs :

1875. — Davies Calley, Marshall, Steele, Farrant, Fry, Lucas-Championnière, Rigaud.

1877. — Starke, Schede, Risel.

1879. — Annandale.

1883. — Mari.

1884. — Medini, Madelung, Weinlechner.

1885. — Lebrun.

1886. — Kendal, Franks,

1889. — Petterson, Bennet, Phelps.

1890. — Montaz, Trendelenburg.

Le succès opératoire n'est plus douteux. Le traitement chirurgical des varices devient une affaire courante, mais presque tous ces noms sont étrangers.

Les chirurgiens français, Lucas-Championnière excepté, étaient hostiles à ce genre d'intervention.

Longtemps après le début de la période antiseptique, en 1883, une thèse de Paris (1), inspirée par Duret, professeur

(1) Verdier.

à Lille, rappelait encore le danger des blessures, et même de la simple dénudation des veines.

En 1885, Schwartz, chirurgien des hôpitaux, agrégé, chargé de la rédaction de l'article VARICES dans le *Dictionnaire de médecine*, après avoir analysé, résumé et apprécié les travaux étrangers, donnait l'opinion courante des chirurgiens français en rejetant l'intervention sur les veines, excepté dans quelques cas très limités. En 1886, mêmes conclusions dans le *Dictionnaire encyclopédique*, par Rochard.

En 1890, Quénu, dans le *Traité de chirurgie* du professeur J. Duplay, résumé presque officiel de l'état de la chirurgie en France, discute cette intervention comme n'ayant pas fait ses preuves, et la même année, Ricard, dans la *Gazette des hôpitaux*, à propos de guérison de varices par les ligatures multiples annoncées par Montaz, de Grenoble (1), considère la cure radicale comme étant peu probable, et recommande de n'opérer que des cas très peu nombreux.

C'est en 1886 que commence la réaction contre l'inertie, jusqu'alors observée par nos compatriotes dans le traitement des varices.

Schwartz, malgré son article du *Dictionnaire*, a tenté l'extirpation avec ligatures pour des varices déterminant d'intolérables douleurs. Il en annonce brièvement le résultat à la Société de chirurgie.

En 1890, Montaz rend compte du succès de ses ligatures.

En 1891, Cerné envoie une observation à la Société de chirurgie. Dans le but de guérir un ulcère variqueux, il enleva un paquet de veines derrière le condyle interne, et une grosse veine flexueuse située en arrière de la plaque ulcérée. Sa malade guérit en trois semaines, et il la revit trois mois après l'opération. Il propose donc d'opérer plus fréquemment et de suivre les traces des chirurgiens étrangers.

(1) *Dauphiné médical*, 1890.

Dans la discussion qui suivit la lecture du rapport, Lucas-Championnière, Reynier et Schwartz se montrèrent seuls partisans de la résection.

Le rapporteur, Quénu, déclare que la question ne lui paraît pas encore assez documentée pour qu'il se prononce sur la valeur des opérations. Il n'a pas assez d'observations avec des résultats éloignés. Elles manquent aussi bien dans la littérature étrangère que dans la nôtre. Cependant, il ne s'obstine pas à rejeter cette opération, car il l'a pratiquée quatre fois. Il limite les indications des interventions à un très petit nombre de cas. Du reste, ses résultats n'ont pas toujours été bien encourageants. Un de ses opérés portait un ulcère de la face EXTERNE de la jambe ; il lui résèque la saphène interne, mais le gonflement et l'ulcère reparurent deux mois après.

Néanmoins, nous le rangeons parmi les partisans de la résection curatrice, car s'il n'enlève pas les varices superficielles, il va chercher les varices du tronc du nerf sciatique pour guérir les névralgies (1).

Reynier a plusieurs fois eu recours à l'excision des varices. Trois fois surtout il en a obtenu une réelle amélioration. Un de ses malades, opéré il y a quatre ans, a été revu au bout d'un an en bon état; deux autres, dont une infirmière du service de M. Reynier, ne sont opérés que depuis quelques mois.

L'amélioration fonctionnelle est considérable, mais M. Reynier est le premier à reconnaître qu'il ne s'agit pas là d'un traitement radical, car les varices ont diminué mais n'ont pas disparu.

M. Lucas-Championnière a, depuis bien des années, recours parfois à la ligature des veines variqueuses, avec de bons résultats. En 1875, notamment, il a, dans un cas grave, fait

(1) Congrès de chirurgie, 1892.

des ligatures veineuses multiples à un homme qui, pendant dix ans, est resté guéri ; puis est survenue une récidive, traitée avec succès de la même manière. Depuis, le sujet a été perdu de vue. Il y a donc bénéfice réel, mais non point cure radicale.

M. Schwartz donne des nouvelles récentes d'un des opérés dont il a parlé dans l'avant-dernière séance, à qui il avait fait quatre ligatures de la saphène avec résections de tronc volumineux, et chez qui l'amélioration des varices et la cicatrisation de l'ulcère persistent.

La même année (1892), Schwartz publie de nouveaux cas dans la thèse de Charrade. Il combine la ligature et la résection, mais préfère celle-ci. Ricard accepte l'opération et en donne quelques cas dans la thèse d'Archambaud. Enfin nous-même nous faisons connaître au Congrès de chirurgie les résultats tant immédiats qu'éloignés de plus de cinquante opérations personnelles.

En 1893, paraît une nouvelle communication de Reynier.

En 1894, une clinique du professeur Tillaux qui accepte l'opération et discute les lois de Verneuil.

Depuis 1890, une nouvelle formule d'indication a fait son apparition : la dilatation du tronc de la saphène interne, qui indique que l'envahissement du mal a atteint ses dernières limites, que les varices communiquent avec le cœur, et qu'il est urgent de rétablir une barrière entre le cœur et le membre variqueux.

Le mérite en revient à Trendelenburg. Il écrit en 1890 (1) un mémoire remarquable dans lequel il démontre, par des expériences simples, la communication du cœur et des varices superficielles, et la lenteur du reflux du sang quand il est obligé de passer par les voies profondes. Il renverse

(1) *Beitrag f. klin. Chirurgie.* Tubingen, 1890.

ce qu'avaient d'exagéré les théories de Verneuil sur le rôle des veines profondes dans les varices. Son travail est exposé par la thèse de Charrade. Son procédé est employé par Reynier, par Tillaux.

Les documents qui suivent sont la reproduction : 1° d'une communication de notre collègue et ami le docteur Reynier ; 2° d'une leçon magistrale du professeur Tillaux. Elles donnent la note exacte de l'opinion courante des chirurgiens français, et la valeur de la méthode de Trendelenburg.

Résection de la veine saphène pour varices volumineuses (Société de médecine et de chirurgie pratiques, séance du 4 février 1893). — M. Reynier. Je désire présenter à la Société un malade auquel j'ai réséqué une partie de la veine saphène pour des varices volumineuses.

Cette opération n'est pas nouvelle, tant s'en faut, mais elle entraînait, avant l'antisepsie, des complications graves, et l'on y renonça. Depuis l'antisepsie, certains chirurgiens y sont revenus, presque sans danger et souvent avec avantage ; mon opéré en est un exemple.

C'est Trendelenburg qui a remis cette intervention en honneur en la faisant pratiquer sur lui-même pour des varices énormes, qui lui rendaient presque impossible le travail de la chirurgie. Il avait remarqué que, lorsqu'on tient élevé un membre variqueux, les veines se dégonflent, et que si, à ce moment, on fait un peu de compression méthodique, on peut, ensuite, laisser retomber le membre sans que la tuméfaction veineuse se reproduise immédiatement.

La constatation de ces faits a servi de base au procédé opératoire qu'il a indiqué et qu'il a expérimenté tout d'abord sur lui-même. Après élévation et compression de la jambe variqueuse, on lui réséqua 5 à 6 centimètres de la veine saphène. Le résultat fut excellent. C'est du reste de son assistant que je tiens les détails du fait.

Depuis, un certain nombre de résections de ce genre ont été pratiquées par Quénu, Remy, Schwartz. J'en ai fait, de mon côté, quatre ou cinq et avec de bons résultats.

Chez le malade que je présente, ces résultats ont été relativement si bons, que, six mois après la première opération, il m'a demandé de lui en faire une seconde sur l'autre jambe. Et cependant, il n'avait pas eu les moyens de se procurer un bas élastique, attendu que l'opération ne donne pas une cure radicale, mais simplement une cure relative.

M. Ricard. Dans le courant de 1890-1891, j'ai fait, à l'hôpital Saint-Antoine, une dizaine de résections de la saphène pour varices volumineuses. Comme l'a dit M. Reynier, l'antisepsie a rendu absolument innocente cette opération jadis très dangereuse, mais je n'ai pas eu autant de satisfaction que lui au point de vue du rendement.

L'amélioration, dans bien des cas, m'a paru devoir être reportée, pour une large part, au repos au lit.

Bref, je serais beaucoup plus réservé aujourd'hui qu'à l'origine, et je limiterais strictement l'indication aux varices très volumineuses et, de plus, extrêmement douloureuses. Dans ce dernier cas, en effet, le résultat est plus satisfaisant, parce qu'on supprime, avec un tronçon de la veine, quelques filets nerveux comprimés. Quénu et Schwartz, du reste, ont abouti aux conclusions que je viens d'indiquer.

M. Reynier. Je demanderai à M. Ricard s'il a revu ses malades cinq ou six mois après l'opération.

M. Ricard. Non, je les ai perdus de vue beaucoup plus tôt.

M. Reynier. Eh bien, c'est précisément parce que j'ai revu les miens cinq à six mois après l'intervention que j'en suis, jusqu'à nouvel ordre, très partisan. Sans cela, leurs résultats immédiats ne m'ont pas semblé plus merveilleux qu'à M. Ricard.

Comme à lui, ils me paraissaient pouvoir s'expliquer en grande partie par le repos au lit qu'entraîne l'opération ; mais ce qui m'a frappé, ce sont les résultats éloignés. Néanmoins, il va de soi que je ne conseille pas l'opération pour des cas légers.

M. Diamantberger. A l'appui de ce que vient de dire M. Reynier des résultats tardifs de la résection veineuse, j'ajouterai qu'une de mes clientes a été opérée, il y a environ un an, par M. Remy, pour des varices qui avaient abouti à un gros ulcère variqueux. Or, jusqu'à ce jour, l'ulcère n'a pas reparu et la malade va très bien.

Traitement chirurgical des varices (hôpital de la Charité), Dr Tillaux (1). — Sans doute, la théorie de M. Verneuil s'applique à nombre de cas, mais elle est infirmée par d'autres, en particulier par ce fait que les varices superficielles peuvent exister isolément en l'absence de toute lésion des veines profondes.

Trendelenburg a étudié la question en 1890; il a émis une théorie qui, loin de conduire à l'abstention, aboutit, au contraire, au traitement chirurgical.

D'après lui, les accidents des varices tiennent surtout aux varices superficielles et presque uniquement à l'ectasie de la saphène interne. Sous l'influence de la dilatation de la saphène interne, les valvules se trouvent forcées, et alors, la veine saphène interne communiquant directement avec la fémorale, la veine cave et le cœur droit, la colonne veineuse pèse de tout son poids sur ses extrémités radiculaires; il se fait même un reflux du sang qui, pressant sur les vaisseaux capillaires, amène des troubles de nutrition. Cette théorie, basée sur des expériences, conduit à un traitement rationnel appliqué avec succès par Trendelenburg luimême.

La question est entrée dans une voie nouvelle. Un chirurgien prudent est-il autorisé à pratiquer des interventions chirurgicales sur un malade atteint de varices compliquées d'accidents? Pour ma part, j'avais jusqu'alors répondu par la négative, et dans mon cours à la Faculté (1891), je repoussais encore d'une façon générale cette méthode de traitement et lui reconnaissais seulement des indications exceptionnelles.

(1) Leçon recueillie par P. Thiery, chef de clinique chirurgicale, publiée dans la *Tribune médicale*, 15 février 1894.

M. O. Witzel, assistant de Trendelenburg, qui assistait à ma leçon, vint m'affirmer qu'on pouvait obtenir les meilleurs résultats, et que son maître, en particulier, en avait retiré les plus grands bénéfices, à tel point qu'il avait pu reprendre un service que des varices douloureuses ne lui avaient pas permis de continuer. Quel est le traitement chirurgical rationnel des varices des jambes ? Il faut renoncer aux injections intraveineuses, aux ligatures sous-cutanées ; il faut aborder franchement la saphène interne. Il existe deux méthodes : l'*excision* et l'*incision*. L'excision elle-même peut être *totale* ou *partielle*. L'excision totale répond à une théorie fausse, et Mickulicz l'avait préconisée ; mais l'opération est laborieuse, et l'on n'a pas la prétention d'extirper toujours toutes les varices, puisqu'il y en a souvent de profondes, comme l'a montré M. Verneuil.

Si l'on s'en rapporte à la théorie de Trendelenburg, le but doit être d'interrompre uniquement la colonne sanguine contenue dans la saphène interne, et pour cela il n'est pas nécessaire de faire l'excision totale. L'excision partielle ou l'incision suffisent.

On peut même faire une simple ligature, unique ou multiple. La ligature simple, suivie d'incision ou non, peut réussir, mais il a été démontré que la circulation peut se rétablir, et la ligature simple n'est pas suffisante. L'excision, un peu large pour se mettre à l'abri de la récidive, me paraît préférable à l'incision. Il faut mettre à découvert, en un point très apparent, la veine saphène interne, et en réséquer un segment suffisant pour être certain que la circulation ne pourra se rétablir.

Pourquoi vais-je opérer ce malade? J'ai pour cela deux motifs autres que l'exemple déjà probant et les résultats obtenus par MM. Reynier et Rémy, très partisans de cette opération. Il faut intervenir quand le mollet est souple, quand il n'y a vraisemblablement pas de varices profondes.

Notre malade est un garçon de vingt-huit ans ; nous allons le guérir, il sortira de l'hôpital, puis aura la récidive fatale ; le traitement chirurgical peut au contraire assurer une guérison durable.

L'ulcère guérit-il plus vite après l'incision ou faut-il attribuer sa guérison au repos prolongé de l'opéré ? Je ne sais, mais il semble très probable que le malade est mis par l'opération à l'abri du retour des accidents, et c'est pour cela surtout que je vais intervenir. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Sur la manière de pratiquer les cautérisations dans le traitement de l'ophtalmie purulente ;

Par le docteur Ch. Abadie.

Le traitement de l'ophtalmie purulente est aujourd'hui solidement établi. Dans des articles déjà parus, dans des discussions devant la Société française d'ophtalmologie, je n'ai cessé de dire combien il fallait se méfier des antiseptiques les plus variés qu'à tout bout de champ on cherchait à substituer au traitement classique, c'est-à-dire aux cautérisations de la muqueuse conjonctivale avec le nitrate d'argent.

J'ai signalé les désastres qui ont eu lieu parfois quand, cherchant par trop à innover, on a voulu soigner les malades par de simples lavages antiseptiques, sans recourir au nitrate d'argent.

De temps à autre, cependant, quelques observations paraissent dans les recueils spéciaux, qui sembleraient faire croire que le nitrate d'argent a été infidèle, et que, malgré les cautérisations biquotidiennes avec une solution concentrée à 3 pour 100 employées d'ordinaire, les cornées n'ont pu être sauvées. J'ai toujours suspecté que, dans ces prétendus cas d'insuccès, ou bien le diagnostic n'avait pas été sûrement posé, ou bien le traitement n'avait pas été convenablement appliqué.

Je viens d'observer coup sur coup deux cas qui semblent justifier cette manière de voir, et qui démontrent jusqu'à l'évidence qu'il ne s'agit pas seulement de faire des cautérisations, mais qu'il faut *les bien faire* pour assurer le succès du traitement.

Je suis appelé en ville en consultation pour voir Mme ***, que son médecin considérait comme atteinte de conjonctivite catarrhale intense, et qu'il soignait depuis quarante-huit heures par des instillations de nitrate d'argent. Je n'ai aucune peine à diagnostiquer immédiatement une ophtalmie blennorragique : écoulement purulent jaunâtre, épais, abondant, gonflement de la paupière supérieure, chémosis dur, violacé. La cornée était encore intacte et transparente.

Sans perdre une minute, je propose de cautériser avec une solution de nitrate d'argent à 3 pour 100. La malade, très nerveuse, très capricieuse, maîtresse absolue de son entourage, s'y résigne difficilement. Pourtant, quand je lui annonce carrément qu'un jour d'hésitation et de retard peut entraîner la fonte purulente de l'œil, la rendre borgne et la défigurer à jamais, elle y consent. Je la fais alors solidement tenir par quatre aides et, pendant qu'elle se débat en poussant des cris épouvantables, je retourne complètement la paupière supérieure, je mets à nu le cul-de-sac supérieur et je cautérise vigoureusement en passant à deux ou trois reprises un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 3 pour 100.

Immédiatement après, compresses froides d'une solution boriquée. Je recommande, comme l'a conseillé Burchardt, de faire toutes les heures une irrigation entre les paupières avec une solution de nitrate d'argent à 1 pour 1000.

Cette cautérisation avait été faite le matin à 9 heures. J'en propose une autre pour le soir. A peu de chose près, même scène, même répétition que le matin ; je suis obligé de recourir à quatre aides et de déployer beaucoup d'éner-

gie pour arriver à cautériser aussi sérieusement que le matin.

Le lendemain matin, l'amélioration est déjà considérable; la sécrétion a diminué, de jaunâtre elle est devenue blanchâtre. La paupière supérieure est plus souple, l'œil commence à s'entr'ouvrir. La cautérisation est acceptée plus facilement, je la fais un peu moins énergique. Le soir, nouvelle cautérisation; le mieux s'accentue.

Le surlendemain, il est incontestable qu'on est maître de la situation, que tout danger est définitivement écarté, à tel point que mon confrère croit pouvoir se passer de mon aide et se charge de faire lui-même les cautérisations. Nous convenons de réduire à 2 pour 100 le titre de la solution. Je lui recommande bien expressément d'atteindre coûte que coûte, avec le pinceau, le cul-de-sac supérieur de la conjonctive. Les lavages avec une solution de nitrate à 1 pour 1000 étant mal supportés, nous les remplaçons par le permanganate de potasse à 1 pour 2000.

Trois jours après, on vient me chercher parce que, paraît-il, tout ne va pas pour le mieux.

Je trouve, en effet, une recrudescence énorme ; la suppuration est très abondante, jaunâtre ; le chémosis bulbaire a augmenté et la partie supérieure de la cornée commence à s'ulcérer.

La cause de cette aggravation n'est pas difficile à découvrir; la malade, qui se laissait cautériser par moi quand j'employais presque la violence, avait recommencé à se défendre, et les cautérisations, faites plus timidement, la paupière supérieure à peine retournée, n'atteignaient pas le cul-de-sac supérieur.

Il fallut reprendre le traitement avec une nouvelle énergie. La suppuration était devenue si abondante, que je fus obligé, pour la réprimer, de pratiquer pendant deux jours des cautérisations toutes les huit heures.

Ou devine au prix de quelles difficultés, de quelles souffrances, alors que la cornée ulcérée s'était perforée et que le moindre attouchement était douloureux. Pourtant, grâce à cette reprise énergique du traitement, je pus sauver ce qui restait de cornée transparente. La malade en fut quitte avec un leucome partiel et enclavement irien qui a réclamé plus tard une iridectomie. Mais, finalement, elle n'a pas été défigurée, et elle possède encore une assez bonne vision de cet œil.

Un second cas bien démonstratif que j'ai observé récemment est le suivant : un confrère des environs de Paris m'adresse un enfant de sa clientèle, atteint depuis huit jours d'ophtalmie purulente, en me disant : « Depuis le début de la maladie, je fais régulièrement des cautérisations avec une solution à 2 pour 100 de nitrate d'argent, deux fois par jour, et néanmoins la situation s'aggrave ; une cornée est déjà complètement perforée et l'autre s'ulcère. »

En effet, je constate des désordres graves ; néanmoins, je juge à propos de continuer le traitement, en y appliquant encore plus de soins. Voulant retourner les paupières supérieures pour pratiquer moi-même la cautérisation, j'ai toutes les peines du monde à y parvenir, tant la fente palpébrale est étroite. Je pus me convaincre ainsi qu'on faisait des cautérisations tout à fait illusoires, n'atteignant pas le cul-de-sac supérieur, absolument impossible à mettre à nu.

Je me décidai alors à fendre largement la commissure externe de chaque côté. Dès lors, le renversement de la paupière supérieure put être fait d'une manière complète, les cautérisations portèrent réellement sur le cul-de-sac conjonctival supérieur et la suppuration s'arrêta net. Malheureusement il existait déjà une double perforation et une portion seulement de tissu cornéen put être sauvée. Il était de toute évidence que si les premiers jours on avait sans hésiter fendu la commissure et rendu possible la cautérisation du cul-de-

sac supérieur, les cornées auraient été intégralement conservées.

Ces observations cliniques me paraissent démontrer clairement que la manière de faire les cautérisations joue un grand rôle dans le traitement de l'ophtalmie purulente. La mise à nu du cul-de-sac supérieur est indispensable et doit être obtenue par tous les moyens possibles.

Si les paupières sont souples, se retournent facilement, si la fente palpébrale est large, la manœuvre est aisée et à la portée de tous les médecins. Mais si, par indocilité du malade, ou par obstacle mécanique, étroitesse de la fente palpébrale, rigidité des paupières, la cautérisation du cul-de-sac supérieur n'est plus possible, il ne faudra pas se contenter d'une cautérisation par à peu près, sinon on perdra la partie. Si le malade est par trop pusillanime, on emploiera le chloroforme. Si la fente palpébrale est par trop rétrécie, elle sera fendue largement au niveau de la commissure externe, afin de se donner du jour.

Je ferai remarquer en outre que l'emploi des irrigations, des lavages, soit avec des solutions faibles de permanganate de potasse, soit avec des solutions de nitrate d'argent à 1 pour 1 000 (Burchardt), n'ont qu'une influence tout à fait contestable, en tout cas fort secondaire, dans la véritable ophtalmie purulente. Chez ma première malade, on en a usé et abusé, et sûrement, malgré cela, une catastrophe complète n'a été évitée que par la reprise régulière de cautérisations bien faites avec une solution de nitrate d'argent à 3 pour 100.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ÉTRANGÈRE

Par le docteur G. Boehler.

Publications allemandes. — Sur quelques nouvelles méthodes de traitement des affections chroniques de l'estomac. — Emploi thérapeutique des sels de strontiane. — Sur l'action thérapeutique des feuilles et de l'écorce du djamboé. — Les injections intraveineuses de sublimé dans le traitement de la syphilis. — Le seigle ergoté contre les sueurs nocturnes des phtisiques. — Emploi de l'opium dans le traitement des rétrécissements du larynx. — Action du sulfonal, du trional et du tétronal.

Sur quelques nouvelles méthodes de traitement des affections chroniques de l'estomac, par le docteur Rosenheim (*Centralbl. f. Therapie*, 1894, n° 7). — Dans les affections chroniques de l'estomac, M. Rosenheim a expérimenté les médications suivantes :

Douche stomacale. — Il ne faut pas confondre la douche stomacale avec le simple lavage de l'estomac. Pour la douche, l'auteur emploie un tube muni à son extrémité libre d'un grand nombre de petits orifices de 1 à 2 millimètres de diamètre et d'un orifice terminal de 3 à 4 millimètres de diamètre. Lorsque l'eau passe dans ce tube sous une certaine pression, elle jaillit en jets fins par les petits orifices, et vient en contact avec toute la surface de l'estomac. L'orifice terminal sert à l'écoulement du liquide, et comme cet orifice est relativement considérable, il facilite la sortie des débris alimentaires.

Ces douches sont administrées soit le matin à eun, soit trois à quatre heures après le déjeuner. A chaque séance, on fait de cinq à sept injections. Lorsqu'on veut obtenir des effets sédatifs, on emploie de l'eau dont la température varie entre 38 et 44 degrés. Dans certains cas, on injecte des solutions médicamenteuses : solution de chlorure de sodium, eau chargée d'acide carbonique, eau chloroformée (50 à 60 grammes par litre), solution de nitrate d'argent au millième.

Ces douches donnent de bons résultats dans la dyspepsie nerveuse avec ou sans accidents de neurasthénie, dans le catarrhe chronique de l'estomac avec ou sans diminution de l'énergie motrice, dans les cas de gastralgie, de gastrorrhée, etc.

Au moyen de ces douches, les troubles sensitifs d'intensité moyenne sont rapidement atténués. Mais le succès est plus incertain lorsque les douleurs sont très vives et développées sur un terrain hystérique ou neurasthénique.

Lorsque les fonctions motrices sont altérées, qu'il s'agisse d'une atonie simple de l'estomac ou d'une ectasie gastrique, la douche se montre d'une efficacité remarquable. Les résultats sont moins satisfaisants lorsque l'ectasie gastrique est sous la dépendance d'un rétrécissement du pylore, ou lorsque l'estomac est le siège de fermentations anormales d'une grande intensité. La douche simple ne modifie pas l'activité sécrétoire de l'estomac. Par contre, la douche d'eau salée augmente la sécrétion chlorhydrique; le contraire a lieu quand on emploie des solutions de nitrate d'argent.

Traitement électrique. — Les fonctions sécrétoires et motrices de l'estomac d'une part, et les troubles irrritatifs d'autre part, peuvent être influencés avec les deux variétés de courants appliqués par voie extra ou par voie intraventriculaire. Mais jusqu'ici on n'a pas posé d'une façon précise les indications à l'emploi de l'électricité dans les cas d'affections chroniques de l'estomac. En thèse générale, c'est la galvanisation qu'on emploie de préférence contre les troubles sensitifs, et la faradisation contre les troubles moteurs. Cependant, il résulte des expériences d'Einhorn que le courant faradique active la sécrétion gastrique, tandis que le courant galvanique produit l'effet inverse.

L'application intraventriculaire de l'électricité possède des avantages incontestables sur l'application extraventriculaire. Pour pratiquer l'électrisation intraventriculaire, M. Rosenheim se sert, à l'exemple d'Ewald, d'une sonde stomacale molle, mince, garnie de fils de fer conducteurs, se terminant par un bouton ovalaire

en ivoire percé d'un certain nombre de trous, et dans lequel se trouve consolidé le bout de l'électrode, de telle sorte que celle-ci ne peut venir en contact direct avec la muqueuse de l'estomac. Avant l'introduction de la sonde, le malade avale un ou deux verres d eau tiède. Chaque séance dure de cinq à dix minutes. Une électrode plate est appliquée soit sur la région de l'estomac, soit sur la partie inférieure du dos. Grâce à ces dispositions, on peut à volonté galvaniser ou faradiser directement la partie stomacale.

Dans le cas de troubles sécrétoires (hyperacidité, gastrorrhée, hypoacidité nerveuse, catarrhe gastrique léger), l'électrisation est moins favorable que la douche stomacale. Dans les cas d'insuffisance motrice, l'électrisation donne des résultats satisfaisants. Il semble que, dans ces cas de troubles moteurs, la galvanisation soit préférable à la faradisation, surtout quand on emploie des courants intenses avec des interversions fréquentes.

Le traitement électrique est surtout efficace contre les troubles sensitifs d'ordre irritatif ; dans ces cas, la galvanisation avec pôle négatif dans l'estomac doit être préférée à la faradisation. Ce même procédé de traitement est indiqué contre l'atonie intestinale et dans les cas de paralysie aiguë, aboutissant aux accidents de l'ileus.

Bismuth. — Pour M. Rosenheim, aucun médicament n'est supérieur au bismuth, dans les cas d'ulcère simple de l'estomac. Ces malades doivent prendre le matin à jeun, au lit, 200 grammes d'eau tiède tenant en suspension 10 grammes de sous-nitrate de bismuth. Cette médication, non seulement calme les douleurs, mais excite, en outre, très vivement la sécrétion du mucus, tout en restreignant la sécrétion de l'acide chlorhydrique. Le malade, après l'ingestion du bismuth, doit rester couché sur le dos pendant une heure, le bassin relevé à l'aide d'un oreiller, car le siège habituel de l'ulcère se trouve être à la paroi postérieure de l'estomac, à la petite courbure et à la région pylorique. Le régime lacté est toujours indiqué dans ces cas. Les malades

s'abstiendront d'aliments irritants et surtout d'alcool. Les petits repas répétés sont préférables aux repas copieux espacés. Pendant la nuit, application de compresses mouillées sur le ventre. Le bismuth doit être administré pendant douze jours consécutifs ; on recommencera ensuite après une interruption de quelques jours, si les malades sont repris de leurs douleurs.

Cure d'huile. — Il s'agit de lavements que le malade prendra couché sur le dos, le siège relevé à l'aide d'un traversin, et qui doivent être préparés de préférence avec de l'huile d'olive très fine. Cette huile, en quantité de 400 à 500 grammes, portée à la température du corps, doit être injectée dans le rectum, sous une pression modérée (50 centimètres de hauteur). On emploiera un irrigateur gradué, muni d'un embout en caoutchouc durci, en os ou en verre, d'une longueur de 10 centimètres, et terminé par une olive arrondie de l'épaisseur du doigt.

Ces lavements sont indiqués dans tous les cas où il existe une stagnation des matières fécales remontant jusqu'au cæcum, et principalement lorsque le malade accuse des coliques, est atteint d'une inflammation du gros intestin, proctite, colite, typhlite, dysenterie chronique. Ils sont contre-indiqués lorsqu'il existe des troubles moteurs du gros intestin d'ordre irritatif.

Les lavements d'huile sont particulièrement utiles dans les cas où les laxatifs ne peuvent être administrés, puis chez les anémiques, les sujets débilités. On doit répéter les lavements tous les jours, jusqu'à ce qu'on ait l'assurance que l'action du liquide injecté s'exerce jusque sur le cæcum, que le traitement produit son effet maximum, c'est-à-dire provoque des selles liquides contenant de la bile. Chez les malades alités, le lavement doit être administré le matin; lorsque le sujet vaque à ses occupations, il est préférable de le donner le soir, car le malade doit rester dans le décubitus dorsal pendant une demi-heure au moins.

En résumé, les lavements d'huile sont un remède souverain contre la constipation spasmodique; ils ne constituent qu'un simple adjuvant dans le traitement de la constipation atonique,

laquelle exige, en outre, l'électrisation et l'application de compresses mouillées.

Emploi thérapeutique des sels de strontiane, par le docteur A. Ried (*Weiner med. Wochenschrift*, n° 17, 1894). — Les sels de strontium ont été expérimentés à la clinique du professeur Drasche chez des malades albuminuriques qui restaient soumis, pendant toute la durée de l'expérience, à une alimentation mixte.

Ces essais ont confirmé en premier lieu ce qu'on a dit des effets diurétiques des sels de strontiane. L'action diurétique a été manifeste surtout dans les cas d'anasarque ou d'ascite abondants, avec diminution de la quantité d'urine. Sous l'influence de l'administration du lactate de strontium, les hydropisies diminuèrent lentement, mais progressivement; en même temps, on constatait une diurèse plus abondante.

Chez un malade, on employa successivement le lactate de strontium et la diurétine pour comparer l'action de ces deux médicaments. Les effets ont été beaucoup plus prononcés avec la diurétine; par contre, avec le lactate de strontium, il a été possible de stimuler de nouveau la sécrétion urinaire, lorsque celle-ci eut baissé après la suspension de la diurétine.

Dans la plupart des cas, on put noter avec le lactate de strontium une diminution de l'albuminurie; celle-ci n'a pas été influencée par la médication dans plusieurs cas; dans quelques cas, elle paraît même avoir augmenté.

Chez un malade atteint d'un rétrécissement mitral, le lactate de strontium n'a pas donné de résultat; d'ailleurs, le même malade s'est montré réfractaire à la digitale, au calomel et à d'autres diurétiques.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Dans un grand nombre de cas d'albuminurie, le lactate de strontium fait diminuer sensiblement la quantité d'albumine éliminée par les urines, sauf dans le cas de néphrite atrophique.

2° Le mode d'action des sels de strontiane n'est pas facile à expliquer, et il n'est pas encore prouvé que ces sels agissent favorablement sur les fonctions digestives, en restreignant, comme l'admet M. Dujardin-Beaumetz, la formation des toxines.

3° En raison de ses propriétés diurétiques, le lactate de strontium peut être employé contre la pleurésie exsudative comme succédané du salicylate de soude. L'administration prolongée du médicament n'entraine pas d'effets fâcheux.

4° Pour éviter les nausées et les vomissements qu'on observe fréquemment dans l'administration des sels de strontium en poudre, il est préférable de recourir à la formule suivante :

Lactate de strontium............	25	grammes.
Eau..........................	150	—

Trois à quatre cuillerées à bouche par jour.

Sur l'action thérapeutique des feuilles et de l'écorce du djamboé, par le docteur Hugel (*Munchener med. Wochenschrift*, n° 29, 1894). — Chez les indigènes de Java, les feuilles de djamboé (*Psidium guajara*) jouissent d'une grande réputation contre le choléra asiatique. Des essais cliniques ont été faits avec des préparations de racines et de feuilles de cette plante à la policlinique de Wurzbourg. Les premières expériences ont porté sur la diarrhée infantile. La préparation employée a été la suivante :

Feuilles de djamboé.............	5	grammes.
Pour une infusion de............	80	—
Sirop simple...................	20	—

Une cuillerée à thé toutes les heures ou toutes les deux heures.

En très peu de temps, le nombre des selles se réduisait à deux ou trois par vingt-quatre heures. Les matières prenaient une consistance molle, perdaient leur fétidité et leur réaction acide. En même temps, on notait la cessation des vomissements.

La même préparation a été ensuite administrée dans cinq cas de gastro-entérite des adultes, caractérisée par des vomissements et des selles fréquentes, par de l'hypothermie, des spasmes musculaires, une diminution de la sécrétion urinaire. Dans les cinq cas, on a obtenu une amélioration rapide.

De même aussi, dans des cas de dyspepsie, le djamboé a agi favorablement à titre d'astringent et de stomachique.

Dans les formes chroniques du catarrhe gastro-intestinal, le djamboé s'est montré d'une efficacité moins rapide, mais manifeste néanmoins.

Dans des cas de diarrhée chez des tuberculeux, on a obtenu de l'amélioration, alors que l'opium et les astringents avaient échoué.

Dans deux cas de fièvre typhoïde, la diarrhée a cessé rapidement et a été remplacée par de la constipation.

L'auteur conclut :

1° L'administration des préparations de djamboé n'a jamais occasionné d'accidents d'intoxication ;

2° Le médicament a été pris sans déplaisir ;

3° Il a agi en première ligne comme styptique, et en seconde ligne comme stomachique.

Les injections intraveineuses de sublimé dans le traitement de la syphilis, par le docteur Lewin (*Deutsche Mediz. Zeitung*, n° 56, 1894). — Depuis quelques mois, M. Lewin a employé le traitement antisyphilitique préconisé par le docteur Bacelli, et qui consiste dans des injections intraveineuses de sublimé. La dose de médicament injecté en une fois a varié de 1 à 6 milligrammes. Mais la technique n'est pas très commode. Souvent on ne réussit pas à pénétrer dans une veine. Le moyen le plus sûr de reconnaître que ce résultat est obtenu serait de laisser écouler un peu de sang par l'aiguille de la seringue. Malheureusement, comme le sang se coagule presque instantanément dans l'aiguille, l'emploi de ce moyen ferait courir le danger d'une

embolie. La formation de thrombus pariétaux et le développement d'embolies périphlébitiques ne sont pas rares.

Quant au reste, les injections intraveineuses de sublimé ont donné à M. Lewin des résultats remarquables dans des cas de syphilis tertiaire grave.

Le seigle ergoté contre les sueurs nocturnes des phtisiques, par le docteur J. Goldenbach (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 26, 1894). — M. Goldenbach a eu l'idée d'expérimenter contre les sueurs des phtisiques le seigle ergoté, en se basant sur l'action considérable qu'exerce ce médicament sur les nerfs vasomoteurs.

Dans la plupart des cas, le seigle ergoté a donné des résultats tout à fait remarquables. D'une façon générale, l'auteur a prescrit à ses malades de prendre le soir, avant le coucher, un paquet de seigle ergoté en poudre de 30 centigrammes. Il a eu également recours aux injections sous-cutanées d'ergotine. La formule est la suivante :

Extrait de seigle ergoté		3 parties.
Alcool dilué	ãã	5 —
Glycérine		
Eau distillée		

Emploi de l'opium dans le traitement des rétrécissements du larynx chez les enfants, par le docteur Stern (*Therapeutische Monatshefte*, n° 5, 1894). — Chez les enfants affectés d'un rétrécissement du larynx, les excitations psychiques amènent une aggravation de la dyspnée, tandis que celle-ci diminue sitôt que les enfants redeviennent plus calmes et lorsqu'ils dorment. Un fait analogue se passe chez les enfants trachéotomisés ; lorsque le processus diphtéritique envahit les bronches, la dyspnée s'atténue sous l'influence de l'opium.

L'auteur prescrit aux enfants la teinture d'opium, par deux à quatre gouttes, trois fois dans la journée.

M. Stern a administré l'opium dans des cas de diphtérie qui paraissaient être mûrs pour la trachéotomie; il a vu survenir ainsi une atténuation de la toux, de la dyspnée et de la cyanose. Dans un cas de faux croup, l'opium a fait disparaître très rapidement des symptômes qui avaient paru effrayants. Enfin, grâce à l'opium ainsi administré, la quantité de chloroforme nécessaire est moindre lorsque la trachéotomie s'impose.

Action du sulfonal, du trional et du tétronal; par le docteur W. Morro (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 34, 1894). — Il résulte des recherches de M. Morro que le sulfonal et le tétronal se comportent dans l'organisme d'une façon identique. Tous deux sont incomplètement décomposés dans leur passage à travers l'organisme, et, en effet, on en trouve toujours une certaine quantité dans les urines. L'un et l'autre ont des effets physiologiques prolongés, et lorsque leur administration dure un certain temps, il peut survenir des symptômes d'accumulation du médicament dans l'organisme.

Il n'en est pas de même avec le trional. Ce médicament, en effet, se trouve complètement décomposé dans l'organisme, et quelle que soit la durée de l'administration, on n'observe aucun phénomène d'accumulation.

L'observation clinique fait parfaitement bien pressentir ces différences d'action des trois médicaments.

Tout le monde a pu constater que le sulfonal agit souvent jusqu'au lendemain, et même au surlendemain du jour où il a été administré pour la première fois. Cela s'explique par ce fait que le sulfonal se décompose incomplètement, s'élimine lentement et a de la tendance à s'accumuler dans l'organisme.

D'autre part, il a été démontré par toutes les observations qui ont été faites jusqu'à ce jour que le trional agit plus rapidement, que ses effets physiologiques cessent en même temps que son action somnifère, qui dure généralement de six à huit heures, et que les effets secondaires sont plus rares et moins intenses. Ces

faits s'expliquent évidemment par la décomposition plus rapide et plus complète du trional dans l'organisme.

Suivant l'auteur, la cause des phénomènes d'intoxication par ces médicaments ne réside pas exclusivement dans le fait de l'accumulation de ces médicaments dans l'organisme. A cet effet, il cite d'abord la fréquence de ces accidents chez les femmes. Il démontre ensuite que de très fortes doses de sulfonal, pouvant aller jusqu'à 100 grammes, peuvent être absorbées sans danger sérieux. Enfin les intoxications par le sulfonal sont relativement rares, eu égard à la grande quantité de médicament qui est administrée depuis son introduction en thérapeutique. Il rappelle enfin une observation récente de Schultze d'intoxication par le trional avec hémato-porphynurie, laquelle prouve que ce dernier symptôme n'est pas d'ordre cumulatif dans les cas d'empoisonnement par le sulfonal, puisque le trional s'élimine très rapidement.

La conclusion de l'auteur est par conséquent la suivante : les intoxications consécutives à l'administration du sulfonal, du trional et du tétronal sont le fait d'une idiosyncrasie.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Par le docteur L. Touvenaint.

Traitement de l'ozène par les grandes irrigations nasales. — Mélange pour injections sous-cutanées contre les sueurs nocturnes des phtisiques. — Traitement des migraines. — Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants.

Traitement de l'ozène par les grandes irrigations nasales. — M. Raugé emploie ce procédé spécial dans le traitement de l'ozène, et voilà comment il l'indique dans une note qui vient de paraître dans la *Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie :*

Après avoir successivement essayé les nombreuses thérapeu-

tiques de l'ozène vrai, qui ont eu, dans ces derniers temps, leur heure de vogue et leur part de succès, l'auteur s'est arrêté à un mode de traitement qui constitue, sinon une méthode nouvelle, du moins un mode d'application très particulier de l'irrigation naso-pharyngienne.

Le principe de la méthode, c'est l'abondance presque invraisemblable du liquide employé pour chaque irrigation. Au lieu de 3 ou 4 litres qu'il est classique de ne pas dépasser, M. Raugé emploie de très larges lavages, répétés habituellement deux fois par jour, et pour chacun desquels il fait passer couramment 20, 30 et jusqu'à 50 litres de liquide et à une pression assez forte.

Si colossaux que paraissent ces chiffres, ils sont, dans la pratique, beaucoup plus aisément atteints qu'on ne pourrait le croire *a priori*; les malades, une fois entraînés, exécutent facilement ce lavage à grande eau et acceptent sans répugnance cette inondation de leur naso-pharynx.

Quant au danger pour l'oreille moyenne, M. Raugé le déclare illusoire. Il n'a jamais observé ni accident ni incident. C'est à la fois un excellent palliatif qui enlève la fétidité et un réel curatif dans bien des cas.

Mélange pour injections sous-cutanées contre les sueurs nocturnes des phtisiques (M. Y. Goldendach, *Semaine médicale*, 1894).

Ergotine		3 grammes.
Alcool	} ãã	5 —
Glycérine		
Eau distillée bouillie		

F. S. A. — Injecter chaque soir une pleine seringue de cette solution.

On obtiendrait avec ces injections des résultats encore plus frappants que ceux que donne l'usage interne de l'ergot de seigle, préconisé par M. Goldendach pour le traitement de l'hyperhydrose des tuberculeux.

Traitement des migraines (*Tribune médicale*, 1894).

I. Migraine vulgaire.

a. Pendant l'accès.

1° Repos au lit, loin de toute excitation des sens, ni bruit ni lumière. Diète.

2° Boire une forte infusion de *café noir*.

3° Prendre à jeun, de un à trois des cachets suivants, à une demi-heure d'intervalle :

Antipyrine	0g,50
Acide salicylique	0 ,25

Pour un cachet n° 10.

b. En dehors des accès.

1° Éviter les écarts de régime. Pas d'aliments épicés, ni de viandes faisandées.

Couper la boisson, au moment du repas, avec de l'eau de Pougues.

Maintenir la laxité du ventre par un régime approprié (fruits et légumes verts, laxatifs); ou bien prendre le matin une pincée de *magnésie anglaise*.

2° Tous les matins, faire des lotions sur le corps avec de l'eau tiède légèrement alcoolisée et frictionner ensuite au gant de crin.

3° Pendant dix jours par mois, prendre au moment du principal repas, dans un peu d'eau, dix gouttes de la préparation suivante :

Liqueur de Fowler	āā 10 grammes.
Teinture de colchique	

II. Migraine ophtalmique.

1° Prendre tous les jours deux cuillerées à soupe de la solution suivante, pendant une période de trois mois :

Bromure de strontium	20 grammes.
Eau distillée	300 —

2° Éviter tout surmenage des yeux, ne pas s'exposer à une lumière éblouissante.

3° Faire examiner les yeux par un spécialiste et rechercher s'il n'existe pas de troubles de l'accommodation.

Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants (*Union médicale,* 1894). — L'incontinence essentielle est très difficile à traiter ; le médecin, la famille doivent s'armer de patience, et ne pas craindre d'essayer successivement diverses médications, après avoir suffisamment persévéré dans chacune d'elles.

1° *Traitement hygiénique.* — Faire coucher l'enfant le bassin élevé. Au contraire, donner le matin de l'eau de Vittel ou de Contréxéville en grande quantité, et obliger les enfants, dans la journée, à résister aux besoins. Faire réveiller le petit malade une ou deux fois chaque nuit, et essayer de retarder ces réveils. Lavements froids (Blache). Traiter l'anémie ou la scrofule qui coïnciderait souvent.

2° On admet l'*atonie du sphincter.* — Électrisation (Guyon) avec une sonde métallique qu'on porte à son niveau et qu'on fait communiquer avec le pôle négatif d'une pile, le pôle positif étant placé sur le pubis ; courants faibles à deux ou trois séances d'une à cinq minutes par semaine. Généralement, si l'on doit revenir, douze à quinze séances suffisent.

Sirop de sulfate de strychnine de deux à quatre cuillerées par jour.

Ou :

Extrait de noix vomique................	0g,20
Oxyde noir de fer.......................	1 ,00
Poudre de géranium.....................	1 ,00
Poudre..................................	91 ,00

Pour vingt pilules, une à trois par jour (Grisolle).

Ou :

Ergotine....................	Un demi à 1g,00
Seigle ergoté................	0g,10 à 0 ,15
Poudre d'aloès..............	0 ,01 à 0 ,02

Pour une pilule, de deux à quatre par jour (Bloch).

3° C'est *l'irritabilité vésicale* qui semble la cause de l'incontinence.

Traitement par la belladone :

Extrait de belladone....................	0g,15
Camphre............................	1 ,00
Castoréum...........................	1 ,00

Pour vingt pilules, une le soir (Faure).

Ou en suppositoires ;

Ou : bromure de potassium, 2 grammes le soir, en plusieurs fois dans une potion ;

Ou : antipyrine, 50 centigrammes à 1 gramme.

4° On peut quelquefois réussir par le traitement psychopathique, et sans aller jusqu'à la suggestion, tâcher de persuader le malade de sa guérison imminente, le faire s'endormir sans qu'il pense sans cesse à l'accident qu'il redoute. La suggestion vraie a donné des succès.

BIBLIOGRAPHIE

Travaux d'électrothérapie gynécologique. Société d'éditions scientifiques, à Paris.

Sous le titre d'*Archives semestrielles d'électrothérapie gynécologique*, le docteur Apostoli a réuni en un volume tous les mémoires les plus importants parus sur ce sujet. Ce premier volume ne renferme que des travaux émanant de l'étranger, mais le docteur Apostoli les a annotés sous forme de remarques mises au bas des pages. On y trouve un grand nombre d'études fort intéressantes sur les applications de l'électricité à la gynécologie, entre autres le traitement des tumeurs utérines par l'électricité, celui de l'irrégularité menstruelle (aménorrhée, dysménorrhée, ménorragie), etc., etc.

Manuel de médecine, publié sous la direction de MM. Debove et Achard. Chez Rueff et Cie, éditeurs à Paris.

Le tome V de cet excellent manuel, qui vient de paraître, est tout entier consacré aux *maladies du tube digestif, du péritoine, de la rate et du pancréas.*

Toutes ces affections sont étudiées avec le plus grand soin, et les auteurs se sont toujours efforcés de donner, à propos de chaque maladie, les indications les plus récentes sur la pathologie encore si obscure des affections du tube digestif. D'excellents chapitres sont aussi consacrés à la séméiologie. Enfin le volume se termine par un formulaire très complet où sont passées en revue les principales médications.

En résumé, ce tome V est digne de ses aînés, et fait grand honneur aux nombreux auteurs qui y ont collaboré, MM. Janselme, Girode, Courtois-Suffit, Soupault, Bruhl, etc. L. T.

Les Varices, par le docteur L. Beurnier. Un volume de la Collection Charcot-Debove. Chez Rueff et Cᵉ.

Dans cette intéressante étude, le docteur Beurnier se déclare partisan du traitement chirurgical des varices, et déclare que l'extirpation doit être pratiquée, surtout dans les cas de douleurs ou d'hémorragies. Cette question du traitement chirurgical des varices n'est pas encore complètement élucidée, et l'auteur reconnaît lui-même qu'on ne peut actuellement adopter d'une façon absolue cette méthode curative.

Clinique et thérapeutique infantiles, par le docteur R. Blache. Un volume de la Collection Charcot-Debove. Chez Rueff et Cᵉ.

Les manuels sur les maladies de l'enfance se multiplient de jour en jour. Dans celui qu'il vient de publier, le docteur Blache a adopté l'ordre alphabétique, et a placé en tête de chaque article les considérations cliniques ou étiologiques aptes à modifier les applications thérapeutiques. De très nombreuses formules y sont citées, et l'auteur a avec raison indiqué très exactement les doses de chaque médicament à prescrire suivant l'âge des petits malades.

La Variole, par le docteur de Grandmaison. Un volume de la Collection Charcot-Debove. Chez Rueff et Cᵉ.

Très bonne étude de la variole très complète et bien au point.

Le Vertige, par le docteur P. Bonnier. Un volume de la Collection Charcot-Debove. Chez Rueff et Cᵉ.

Cette étude comprend deux chapitres principaux : le premier expose l'étude du sens dans l'espace, l'autre traite de la pathologie, c'est-à-dire du vertige lui-même.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.



THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement abortif de l'érysipèle par la méthode de Juhel Rénoy, la traumaticine à l'ichthyol;

Par le docteur Juhel Rénoy, médecin des hôpitaux,
Et Al. Bolognesi, interne des hôpitaux.

AVANT-PROPOS.

Le traitement abortif de l'érysipèle fait partie de ces *desiderata* que, depuis de longues années, les médecins ont tenté de satisfaire. La multiplicité des moyens préconisés, dont on trouvera plus loin l'exposé critique et succinct, dit d'une façon certaine que, jusqu'à ce jour, le traitement abortif réel, réussissant *constamment*, n'a pas été trouvé.

Avons-nous été plus heureux? C'est ce que la lecture de ce mémoire dira, et plus encore le temps, la répétition par d'autres que nous de notre procédé.

Désirant ne pas être justiciables des critiques que nous adressons aux autres, nous tenons à déclarer, dès le début, que ce n'est que par une sélection des faits que nous sommes arrivés à préconiser, à l'exclusion de toutes les autres, notre méthode thérapeutique.

Placés dans des conditions d'observation difficilement réalisables, nous avons pu voir et traiter plus de deux mille érysipèles. On n'attend pas de nous que nous donnions la relation complète et fastidieuse de toutes ces observations. Nous nous sommes arrêtés à ne fournir, comme preuves à l'appui, que la relation de faits démontrant l'impuissance de procédés qualifiés d'abortifs, puis ceci fait, nous avons montré qu'en nous plaçant dans des conditions cliniques semblables, nous avons pu, grâce à notre traitement, faire avorter, c'est-à-dire arrêter net l'extension du processus

érysipélateux en marche, et cela dès les premiers jours. Ce n'est qu'en remplissant ces conditions qu'à notre sens la question peut être résolue, et pour le dire de suite, la faute commise par tous les auteurs qui nous ont précédés nous paraît être la suivante : c'est d'avoir envisagé l'érysipèle comme une maladie une et toujours semblable.

Si la spécificité de l'érysipèle ne fait plus doute, s'il est bien fonction du streptocoque, un fait clinique s'impose : c'est que pour lui, comme pour toutes les infections, il y a des formes atténuées aussi bien que des formes graves. Que les premières tiennent à un affaiblissement de la virulence du germe, au mode de pénétration de ce germe, nous ne saurions le dire; que ce soit bien plus le fait de la réaction de l'organisme, les qualités de résistance du terrain, nous le pensons, et nous croyons avoir eu raison d'insister (*Archives générales de médecine*, 1894) sur ces conditions quand nous avons montré les altérations vasculaires, cardiaques, rénales, comme des causes premières de la gravité de l'érysipèle. C'est guidés par ces vues que nous avons entrepris ce travail.

TRAITEMENT ABORTIF DE L'ÉRYSIPÈLE.

Quand on aborde le chapitre traitement dans les descriptions de l'érysipèle, tous les auteurs classiques, qu'il s'agisse des livres de pathologie médicale ou chirurgicale, écrivent comme première phrase : « Il est, croyons-nous, inutile de s'opposer à la marche de l'érysipèle, et le nombre de remèdes qu'on préconise est une preuve de leur inefficacité. »

Aussi, Trousseau, logique avec cette conception, se contentait de faire de l'expectation.

Cette affection, en tant que maladie locale, a cependant été l'objet de nombreux traitements, tant au point de vue palliatif, calmant, qu'au point de vue abortif.

Comme c'est ce dernier point qui nous retient, nous n'en-

visagerons que les moyens dits *abortifs*. Nombreuses sont ces méthodes abortives; au dire des thérapeutes, leur méthode est toujours excellente et donne de bons résultats.

Parmi toutes ces méthodes, en existe-t-il de véritablement abortives ?

Pour s'en rendre compte et se faire une idée nette de la valeur d'un traitement, il faut l'essayer sur un certain nombre de malades, comme cela a d'ailleurs été fait par chaque auteur possesseur d'une méthode.

Mais cette condition ne suffit pas encore. Se contenter de traiter des cas d'érysipèles plus ou moins nombreux est insuffisant ; il faut choisir, parmi ces cas, les formes franches de l'affection, et ne faire porter les résultats que sur de semblables érysipèles, légitimes, à cycle bien déterminé.

Alors seulement le résultat est positif.

Ayant soigné deux mille malades pendant l'année 1893 à l'hôpital d'Aubervilliers, il nous a été facile d'essayer la plupart de ces traitements, et de recueillir de nombreuses observations.

Grâce au nombre considérable de malades que nous avons eu à traiter, il nous a été possible de choisir les cas types, francs, légitimes; nous avons pu aussi nous rendre compte de l'inefficacité des traitements préconisés avant nous.

On pourra nous objecter que les auteurs qui ont vanté un traitement l'ont fait avec observations à l'appui, et avec résultats probants pour tous les cas.

Si nous avons été moins heureux, nous répétons que, parmi les observations publiées par les auteurs, la majeure partie pouvait bien appartenir soit aux formes secondaires qui jouissent d'nne atténuation due à l'existence d'un ou plusieurs érysipèles antérieurs. Ces cas sont nombreux.

Mais, si nous laissons de côté ces formes atténuées par une atteinte antérieure, nous ne pouvons passer sous silence

une forme nouvelle décrite par nous dans les *Archives générales de médecine* (1893), l'érysipèle atténué primitif, qui se montre dans le tiers des cas, et dans lequel la maladie est pour ainsi dire locale, les phénomènes généraux et la fièvre faisant complètement défaut. Il est bien évident que, si l'on essaye un traitement quelconque dans cette forme qui guérit bien et vite, et toujours spontanément, le succès est toujours assuré. C'est ici que l'expectation recommandée par Trousseau fait merveille.

Nous nous proposons donc de faire une revue générale de la plupart des traitements dits *abortifs* de l'érysipèle, en montrant que, dans les érysipèles francs, légitimes, ces divers traitements échouent presque toujours, et nous résumerons pour chaque méthode quelques observations.

Nous montrerons également que, dans les formes graves, dans les érysipèles ambulants (et c'est surtout dans ces formes que le résultat pourrait avoir une valeur certaine), la marche de l'affection n'est nullement entravée et, par conséquent, le traitement est loin d'être abortif. Cependant, même avec les méthodes que nous critiquons, il ne faudrait pas croire que l'insuccès soit constant, et comme nous le verrons, soit qu'on ait eu affaire à des cas abortifs comme Letulle en a publié dans sa thèse d'agrégation, soit que la virulence du streptocoque ait été moindre chez des individus dont le terrain était bon et résistant, quelques méthodes ont donné des succès. Parmi ces méthodes, nous en décrirons une nouvelle qui a été pratiquée avec succès dans plus de la moitié des cas : c'est le traitement abortif de l'érysipèle par la *traumaticine à l'ichthyol*.

La première partie de ce travail a trait à la description, avec observations à l'appui, des différents traitements dits *abortifs* de l'érysipèle, dont nous apprécions la valeur et les inconvénients.

Dans la seconde partie, nous exposerons la méthode par

la traumaticine à l'ichthyol, qui véritablement nous a donné des succès et nous a paru répondre ainsi à la question posée par l'Académie (1).

MÉTHODES INTERNES.

Voici en premier lieu quelques méthodes dans lesquelles aucun traitement local n'est fait. Elles consistent à administrer aux malades les médicaments par le tube digestif.

1° *Méthode d'Haberkorn*, traitement par le benzoate de soude à l'intérieur, à la dose de 15 à 20 grammes par jour.

Nous avons choisi, pour fixer la valeur de cette médication, cinq malades atteints d'érysipèles graves, avec état typhoïde et élévation de la température, afin de ne pas expérimenter sur des cas atténués.

Malgré le benzoate de soude donné à la dose de 20 grammes par jour pendant trois et quatre jours, nous n'avons remarqué aucune amélioration. L'état typhoïde, l'albuminurie avec urines rares, l'élévation de la température, ont persisté, et nous avons été obligés de traiter ces cas par le seul traitement rationnel : les bains froids, car alors l'érysipèle d'infectieux est devenu infectant, et même le traitement local le plus énergique est insuffisant.

Voici cependant une observation où le traitement d'Haberkorn a été fait exclusivement, et semble avoir donné un résultat.

Observation. — La nommée F..., Marie, a été prise, pour la première fois, le 2 avril 1893, des prodromes habituels de l'éry-

(1) Ce mémoire a été présenté à l'Académie de médecine pour le concours du prix Herpin, de Metz, 1894, et a été l'objet d'une notice dans le rapport fait par M. le docteur Hallopeau dans sa séance du 13 novembre 1894 (voir le *Bulletin de l'Académie de médecine* du 13 novembre 1894). Nous exposerons à la fin de ce travail un résumé et une critique du rapport de M. Hallopeau.

sipèle. Exanthème érysipélateux le 3. Peu intense. Entrée à l'hôpital le 4. Traitement : benzoate de soude. Température, 40 degrés; tombe à 39 degrés le 6, à 38 degrés le 7, apyrexie le 8, sortie le 13 avr

Il y a lieu de se demander si nous n'avons pas eu affaire à la forme abortive classique, la guérison ne s'étant faite que le cinquième jour.

2° *Traitement de Tison.* — Ce traitement consiste à administrer l'azotate d'aconitine à la dose de 1 milligramme par jour, et à appliquer des compresses trempées dans une solution saturée de camphre et d'éther. Nous avons essayé ce traitement sur dix malades, nous n'avons obtenu aucun résultat. Comme le montrent les observations qui suivent, dans certains cas, l'érysipèle a continué sa marche habituelle ; dans d'autres, nous avons été obligés de recourir à la balnéothérapie.

Observation I. — A..., Maria, vingt-deux ans. Première atteinte, face. Début le 30 septembre. Entrée à l'hôpital le 1er octobre. Phénomènes généraux graves. Température, 40°,6. Traitement de Tison le 2. Apyrexie le 10 octobre seulement. Guérison définitive le 20 octobre. Échec au point de vue abortif, puisque la maladie dure neuf jours.

Observation II. — F..., Anna, dix-neuf ans. Première atteinte, face. Début le 29 septembre. Entrée le 1er octobre. Température, 39°,8. Phénomènes généraux intenses. Traitement de Tison à l'entrée de la malade. Convalescence le 13 octobre seulement. Sortie le 15. Nouvel échec, et devant l'état grave, nous avons donné les bains à 20 degrés toutes les trois heures, à cause de la température et des phénomènes généraux.

Observation III. — H..., François, quarante-six ans. Première atteinte, face. Prodromes le 13 septembre. Exanthème le 15. Entrée le 16 septembre. Température, 40°,4. Malgré le traite-

ment, le 17 septembre, la température reste élevée. État typhoïde. Urine, 500 grammes; albumine, 2 grammes. Le malade prend 54 bains. Apyrexie seulement le 23 septembre. Sortie le 30. Nouvel échec.

TRAITEMENTS LOCAUX.

Nous passerons très rapidement sur les méthodes qui consistent à appliquer des compresses imbibées de solutions antiseptiques, ces méthodes n'agissant la plupart du temps que sur l'accident local, soit en diminuant la tension et la douleur, soit en empêchant la formation de croûtes, mais ne produisant jamais la diminution de la durée de l'affection; *elles ne sont pas abortives.*

De nombreuses solutions ont été préconisées, depuis l'antique compresse imbibée d'eau de sureau ne servant qu'à masquer l'expectation jusqu'à la cautérisation du pourtour de la plaque avec une solution phéniquée à 100 pour 100. Nous ne ferons donc que citer ces différents traitements, la plupart douloureux, quelques-uns nuisibles, tous absolument inefficaces au point de vue abortif : compresses boriquées, compresses de sublimé, compresses de solutions phéniquées de 2 à 5 pour 100 préconisées par Hofmokl.

Nous avons très rapidement abandonné ce pansement humide qui doit être remplacé à chaque instant, car il sèche très vite, devient irritant et douloureux.

On a cherché par différents procédés antiseptiques à tuer sur place le streptocoque.

Acide phénique. — Weber préconise le badigeon phéniqué à 5 pour 100.

Kichnert fait des scarifications punctiformes sur toute l'étendue de la plaque érysipélateuse, puis lave les incisions avec une solution d'acide phénique à 5 pour 100 et panse avec une solution phéniquée à 2 et demi pour 100.

Le professeur Hayem encadre la plaque avec un pinceau

imbibé d'un mélange à parties égales d'acide phénique et d'alcool. « Parfois, dit-il, la plaque rompt la ceinture phéniquée, et une seconde bande doit venir circonscrire de nouveau (cela est fréquent, même à la deuxième application). » De plus, d'après le professeur Hayem lui-même, le badigeonnage doit être fait avec précaution, car si la brûlure de la peau est trop intense, elle laisse après elle une cicatrice.

Donc, méthode dangereuse surtout pour la face, douloureuse et incertaine comme nous avons pu nous en assurer.

Amici préconise le même traitement.

Il cautérise le pourtour de l'érysipèle avec une solution alcoolique d'acide phénique à 100 pour 100 et renouvelle ces *cautérisations toutes les deux heures.*

Heppel est un peu moins énergique.

Il badigeonne la périphérie de l'érysipèle et les parties limitrophes sur un espace de la largeur d'un doigt, avec une solution alcoolique d'acide phénique à 10 pour 100, jusqu'à la décoloration des téguments à ce niveau.

Outre que ces méthodes sont dangereuses et douloureuses, elles sont aussi inefficaces que les suivantes :

Winckler badigeonne quatre à cinq fois par jour les parties malades avec de l'essence de térébenthine rectifiée, puis recouvre d'ouate qu'on renouvelle à chaque badigeonnage. L'auteur ajoute lui-même que cette méthode produit une cuisson vive. Elle est contre-indiquée chez les albuminuriques.

Où nous ne sommes pas d'accord, c'est sur ce point : elle abrège la durée de la maladie de deux à trois jours. Oui, en effet, si l'on opère sur des érysipèles atténués primitifs, non point sur les érysipèles francs.

Hueter fait des injections sous-cutanées d'acide phénique à 3 pour 100. Nous avons expérimenté cette méthode ainsi

que la suivante sur des érysipèles ambulants, nous gardant bien de le faire sur la face où l'on produit des boules d'œdème, et nous n'avons eu aucun résultat.

Méthode de Rosenthal. — Rosenthal a pu arrêter immédiatement, dit-il, la marche envahissante de l'érysipèle dans la forme ambulante (érysipèle migrant).

Cette méthode consiste à donner tous les deux jours, de deux heures en deux heures, 15 centigrammes de camphre, et à faire suer le malade en lui donnant à boire du thé très chaud. Dans les jours intermédiaires, on pratique des injections phéniquées à 2 pour 100 dans le tissu sous-cutané des régions érysipélateuses de 2 en 2 centimètres, à raison de la moitié d'une seringue. Rosenthal fit ainsi, dès la première séance, vingt injections dont le résultat, dit-il, fut merveilleux. Dès le lendemain, gonflement et rougeur avaient presque entièrement disparu, tandis que l'érysipèle prospérait sur les régions non injectées. Il fit cent injections, sans aucun symptôme d'intoxication.

Nous avons pratiqué ce traitement sur des érysipèles ambulants, sans obtenir les résultats merveilleux de Rosenthal. Dans un cas notamment d'érysipèle du bras gauche, Pr..., Pierre, soixante-huit ans, entré à l'hôpital le 12 mars pour un érysipèle du bras gauche envahissant l'épaule et l'aisselle, nous avons pu circonscrire toute la plaque érysipélateuse par les injections phéniquées indiquées par Rosenthal. Ce traitement n'a pas empêché l'exanthème d'envahir le lendemain presque la moitié du thorax. Le malade, d'ailleurs, âgé et athéromateux, succombait le 17 mars par l'intensité des phénomènes généraux, le mauvais état du cœur et des reins, et la mort survint le malade étant dans un état adynamique profond.

Chlorophénol et bromophénol. — Un médecin russe, Tchourilow, propose l'emploi du chlorophénol ou du bromophénol. Le chlorophénol est une substance cristallisée se dis-

solvant comme l'acide phénique. Le bromophénol est un liquide violet foncé.

Ces deux substances se dissolvent facilement dans l'eau, dans l'alcool. Leur action est à peu près identique contre l'érysipèle. On emploie des solutions à 1 et 2 pour 100, et l'on frotte pendant une minute deux fois par jour la plaque érysipélateuse.

« Ce traitement, dit l'auteur, ne cause aucune irritation, si ce n'est une petite cuisson qui disparaît en deux ou trois minutes. »

L'effet thérapeutique se manifeste très rapidement, dans quelques cas à la seconde application, par un arrêt de la lésion locale, une diminution de la rougeur et de la douleur et un abaissement de la température. Dans la plupart des cas, les malades traités par l'auteur furent guéris en un temps variable de trois à six jours.

Dans un cas seulement, l'affection dura une semaine.

Cette méthode n'empêche nullement l'extension de l'exanthème, et nous croyons qu'il faut, encore ici, tenir compte des variétés bénignes de l'érysipèle.

Strisover utilise en application locale ou en injection souscutanée la solution suivante :

Bichlorure de mercure..................	0g,60
Acide phénique........................	0 ,60
Eau distillée...........................	8 ,00

Même insuccès.

Passons maintenant aux traitements abortifs par le sublimé.

Fraipon arrose la plaque pendant dix minutes avec une solution de sublimé à 3 pour 100, puis en badigeonne les bords avec du goudron.

Pansement avec la liqueur de Bursow.

Lovy : pulvérisations deux à trois fois par jour avec une

solution de sublimé dans l'éther à 10 pour 100. Il faut pulvériser le bord de la plaque sur une largeur de 3 centimètres, en empiétant sur la peau saine. Elle doit être rapide, à cause de sa causticité.

Talamon préconise la pulvérisation avec la solution de sublimé éthérée au centième :

Sublimé	1g,00
Acide tartrique	1 ,00
Alcool à 30 degrés	5 cent. cubes.
Ether sulfurique, Q. S. P.	100 —

Au moyen de l'appareil de Richardson, on pulvérise sur le bourrelet et en dehors du bourrelet la solution à 1 pour 100. La durée de la pulvérisation est d'environ une minute pour une plaque de l'étendue de la paume de la main ; la distance à laquelle on se place pour diriger le jet est de 10 à 20 centimètres. La quantité de liquide pulvérisé est telle, qu'elle forme une couche de liquide continue, peu épaisse, assez cependant pour qu'il se forme de petites gouttes de liquide. Le nombre de pulvérisations varie entre deux et quatre. Mais on a reproché, avec juste raison, à ce procédé, d'être douloureux, de provoquer facilement des phlyctènes et de la pigmentation. Nous avons pu nous en assurer nous-mêmes *de visu* chez une malade qui entrait dans nos salles pour un érysipèle récidivé, et qui présentait tout autour du visage une décoloration en certains points et, en d'autres, une *pigmentation* noirâtre très accusée.

Aussi, M. Albert Robin a-t-il essayé et pratiqué, dit-il, avec succès la pulvérisation avec la liqueur de Van Swieten, qui est beaucoup moins caustique. Colas, dans sa thèse (Paris, 1892), cite la statistique de M. Robin qui est très favorable, et indique le mode d'emploi de cette méthode.

La solution employée est au millième.

C'est, en somme, la liqueur de Van Swieten, à laquelle on peut ajouter un peu d'acide tartrique pour prévenir la forma-

tion d'un produit qu'on croit être un albuminate de mercure.

On se sert du pulvérisateur de Lister, qu'on place à 30 centimètres. La durée de la pulvérisation est de trente minutes.

Le nombre des pulvérisations varie de deux à six par jour.

Cette méthode est pratique, surtout pour l'érysipèle du cuir chevelu après coupe des cheveux, car elle empêche la formation de croûtes et peut prévenir la chute des cheveux. Craignant les dangers et les inconvénients du sublimé, nous avons surtout fait des pulvérisations boriquées avec l'appareil de Championnière.

On peut, ici, faire les mêmes objections que pour les autres méthodes. A-t-on fait le traitement sur des érysipèles francs, légitimes, premières atteintes ? A-t-on négligé les érysipèles atténués primitifs et les érysipèles récidivés ?

Nous n'avons pas voulu essayer le *procédé de Friedlander*, inoculation de culture virulente de streptocoques étendue de dix fois son volume, l'auteur l'ayant tenté sur lui-même avec un insuccès thérapeutique. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Comparaison des diverses méthodes de traitement des varices et de leur complication la plus fréquente : l'ulcère (1);

Par le docteur Ch. Remy, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de la maison départementale de Nanterre.

III

OPINION DE L'AUTEUR.

INDICATIONS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE.

Varices et pauvreté. — Le chirurgien doit discuter l'opportunité d'une intervention lorsqu'il constate la présence

(1) Suite. Voir le précédent numéro.

d'une varice. Inutile d'attendre que celle-ci devienne grave ou compliquée.

Il faut se hâter. Ne sait-on pas que sa marche est envahissante. Il est toujours vrai l'aphorisme hippocratique écrit sur les murs de l'amphithéâtre de ma chère École de médecine de Reims : *Principiis obsta : sero medicina paratur, quum mala per longas invaluere moras.*

Appliquer le traitement juste au début, c'est obéir à une indication rationnelle.

Attendre une des indications des auteurs, c'est permettre au mal de s'étendre, c'est chercher à avoir la main forcée, c'est obéir à une indication d'urgence.

Le chirurgien qui attendrait, pour opérer un anévrisme artériel placé dans une région accessible, qu'il ait déterminé des complications, ferait une faute. L'accord serait unanime sur ce point.

Quand un médecin soigne une maladie de cœur, s'il attendait, pour commencer le traitement, qu'il y ait de l'ascite, un foie muscade et un œdème remontant jusqu'au ventre, que penserait-on de lui?

Les varices sont donc une indication pressante de traitement par elles-mêmes, quelles que soient leur étendue et leurs variétés. Mais à cette première formule, il faut ajouter : le traitement sera l'opération si le malade est pauvre.

Le chirurgien, je ne suis pas le premier à le dire, doit tenir un grand compte de l'état social de celui qui demande des soins; car le pronostic est bien différent, nous l'avons vu.

Pour les pauvres et surtout pour ceux qui sont exposés aux rudes travaux, il n'y a pas à hésiter. Ils sont incapables de s'opposer à l'envahissement de la dilatation veineuse.

Il faut leur proposer l'opération comme un moyen de conserver leur gagne-pain, et il ne faut pas craindre de noircir le tableau qu'on leur fera des dangers des varices.

Les indications étudiées ou énoncées plus haut dans l'historique conservent toute leur valeur à nos yeux. Elles correspondent quelquefois à des formes cliniques différentes de l'affection variqueuse, et nous les étudierons tout en faisant une classification des varices.

Ainsi la dilatation du tronc de la saphène interne, c'est le signe de ce que nous appellerons *varices à reflux cardiaque*.

D'un autre côté, la difformité, c'est tantôt la forme précédente, tantôt, et plus souvent, les varices localisées des grosses veines qui les donnent.

La douleur ou l'incommodité sont souvent le signe d'une propagation des varices aux veines profondes, mais aussi elles existent dans les varices localisées superficielles.

Nous attribuerons donc, à chacune des indications déjà établies, un paragraphe spécial, et notre classification anatomo-clinique nous servira pour choisir la forme de l'intervention et pour en prévoir le succès et les avantages consécutifs.

Formes cliniques des varices. — Les divisions anatomiques étaient basées sur la nature de la lésion ; elles ne pouvaient servir à un classement des varices qui soit utile au chirurgien. Remarquons en effet que les divisions anatomo-pathologiques de Briquet ne répondent ni à un ordre régulier d'apparition des lésions ni à des formes absolument distinctes de maladies.

Classification anatomique de Briquet. — 1° Varices, dilatation simple ou épaississement égal. Varices rameuses ou cylindroïdes ;

2° Tumeurs variqueuses. Varices serpentines ;

3° Renflement variqueux, dilatation ou épaississements inégaux ;

4° Veinosités ou développement de petites veines.

D'habitude, ces variétés coexistent simultanément sur le membre inférieur. Partie d'un centre, l'affection se propage

graduellement. On pourrait en suivre les degrés de transformation depuis l'état morbide le plus avancé jusqu'à l'état normal. Ainsi la dilatation simple s'observe à côté des varices serpentines ou ampullaires et des varicosités des petites veinules.

Aussi Briquet, qui recommandait l'intervention chirurgicale, avait-il déjà abandonné sa division anatomique et établi une classification chirurgicale : Varices des veines de deuxième ordre du membre; varices du tronc principal du membre.

Cruveilhier et Follin n'ont ajouté aux premières divisions de Briquet que des mots plus descriptifs.

Follin divisait les varices en circonscrites et non circonscrites; Cruveilhier, en varices cirsoïdes et ampullaires.

Ce ne sont que des synonymes ou des épithètes, que nous placerons à l'occasion. Il est bien préférable, en reprenant l'idée de Briquet, d'établir les formes principales de la maladie en prenant à la fois leur caractéristique dans la variété des vaisseaux malades, l'étendue des lésions et les symptômes cliniques.

Nous proposons donc :

1° *Varices des grosses veines localisées ;*

2° *Varices des veines, veinules et capillaires, cyanose variqueuse ;*

3° *Varices à reflux cardiaque.*

Ces diverses variétés de varices sont tantôt superficielles, tantôt profondes.

Varices des grosses veines localisées, rameuses, serpentines, cirsoïdes, ampullaires, à cellules, paquets variqueux. — La phlébectasie des grosses veines peut être localisée à une veine, ce qui est rare, ou à un paquet de veines ; ou bien il existe en divers points d'un même membre des veines malades, isolées, et séparées les unes des autres. Ces varices soulèvent la peau sous laquelle elles se dessinent. Elles ont

ou prennent toutes les formes possibles, serpentent, se pelotonnent, présentent des ampoules, forment des sortes de tumeurs, donnent au toucher et à l'œil la sensation de paquets de cordes, ou de sangsues enroulées, repliées et tordues. D'où le nom de *paquets variqueux*, qui réveille l'idée de leur localisation et de leur volume (1).

Voici, par ordre de fréquence, la liste des paquets variqueux qui peuvent se rencontrer au membre inférieur :

Veines qui croisent la tête du tibia au cinquième supérieur ;

Veines superficielles de la face interne du mollet ;

Veines superficielles de sa partie inférieure et de sa partie la plus saillante ;

Veines superficielles transversales au-dessous et au-dessus du genou ;

Veines superficielles allant de l'embouchure de la saphène externe à la saphène interne ;

Le segment du tronc de la saphène interne, placé derrière le condyle du fémur ;

Le tronc de la saphène externe vers le creux poplité et les branches de la face externe de la jambe ;

Les veines profondes de la jambe révèlent souvent leur état variqueux par des hernies de veines à travers les orifices aponévrotiques placés le long du tibia au mollet, et près du tendon d'Achille au-dessus de la malléole interne.

Les varices circonscrites ou paquets variqueux inquiètent surtout le malade à cause de leurs sinuosités, de leurs ampoules, de leur gonflement pendant le travail et de l'amincissement de la peau.

---

(1) Nous repoussons le nom de *tumeurs variqueuses*, parce qu'il a été donné par Cornil à une ulcération toute différente de celle que supposait Briquet.

Le gonflement du membre s'accompagne de durcissement, de douleur et quelquefois de troubles fonctionnels.

La chaussure creuse une empreinte sur le tibia.

La *difformité*, *l'incommodité*, *la douleur*, *la crainte des ruptures*, toutes indications déjà classées, déterminent souvent le variqueux à demander l'opération.

Ajoutons-y le désir d'être reçu sous les drapeaux.

Nous verrons que l'opération de cette forme est d'un pronostic très favorable.

Varices des veines, veinules et capillaires. — C'est cette forme qui présente les veinosités et à laquelle nous avons déjà, dans un précédent travail, donné le nom caractéristique de *variété bleue* ou *cyanose variqueuse*. Le membre atteint peut présenter toutes les lésions déjà décrites précédemment sur les grosses veines. Mais il est, de plus, couvert d'arborisations fines, dont la perception n'est plus possible à distance, mais qui imposent à tout le membre une coloration bleuâtre. Cette forme correspond certainement à une mauvaise constitution anatomique, à une faiblesse congénitale, car elle se fait remarquer par la rapidité de son développement et de sa généralisation. Suivant une très heureuse comparaison de Perier, c'est par un défaut de qualité que l'étoffe ne peut servir longtemps sans détérioration aux usages pour lesquels elle avait été fabriquée.

Cette forme est d'un pronostic grave. Elle réclame un traitement d'urgence, et ne laisse pas le même espoir de guérison que les autres.

Lefort accusait les veinosités de produire fréquemment les altérations si connues qu'on observe sur les membres variqueux. En réalité, il attribuait aux petites veines ce qui revient aux capillaires. Ce qui fait la gravité de cette espèce de varices, c'est la facilité avec laquelle apparaissent les capillaires dilatés dont nous avons signalé le rôle sclérogène.

Varices à reflux cardiaque. — L'étendue des lésions fait entre les varices-veines une différence de pronostic capitale, que la pathogénie fait bien comprendre.

Il ne s'agit pas d'une question de centimètres d'incision ou de difficultés opératoires pendant le traitement.

Existe-t-il une communication anormale entre les varices du membre inférieur et le cœur ?

Voilà le problème à résoudre pour établir un pronostic et diriger sûrement son traitement.

Il faut arriver en 1834, à Rima, pour trouver les preuves du reflux du sang dans les veines variqueuses et de leur communication anormale avec le cœur.

On savait que les varices diminuaient quand on élevait la jambe, augmentaient quand on l'abaissait; que le sang en envahissait la poche comme un liquide se jette dans un vase d'un bout à l'autre quand on le lève et qu'on l'incline alternativement (Fabrice de Hilden). On savait qu'il fallait faire lever les malades pour voir leurs varices qui disparaissaient au lit.

C'est sur la connaissance de ce fait qu'était basée une méthode de traitement par ces positions (Boyer, Nélaton).

J.-L. Petit avait fait remarquer la force du jet du sang sortant des varices. Briquet avait vu des varices pulsatiles par influence du cœur, et avait observé un cas où le sang oscillait de l'abdomen au mollet avec la plus grande facilité.

Rima, en 1834, établit irréfutablement le reflux du sang dans les veines variqueuses et la communication anormale des vaisseaux dilatés avec le cœur.

En effet, disait-il : « Si l'on excise sur le vivant une portion d'une veine variqueuse, on voit le sang jaillir du bout supérieur comme *d'une artère.* »

Si l'on pratique ou la ligature, ou l'excision d'une veine variqueuse, on voit les groupes variqueux placés au-dessous s'affaisser, tandis que les varices de la même veine placées

au-dessus restent stationnaires ou bien augmentent. Ce qui ne devrait pas avoir lieu si le sang du même vaisseau marchait de bas en haut comme dans l'état normal.

Il y a longtemps aussi que l'attention des chirurgiens a été fixée sur l'importance particulière du tronc de la saphène dans le mécanisme de cette dilatation.

Riolan appelait la saphène interne du nom significatif de *nourrice des varices*. A. Paré, Dionis, E. Home, pour arrêter les varices et les ulcères variqueux, liaient le tronc de la saphène au genou. Everard Home (1) expliquait sa ligature en ce point en disant qu'il y aurait avantage à soustraire une partie de la pression exercée par cette colonne de sang, que la cavité de la veine s'oblitérerait au point ligaturé et qu'il en résulterait une espèce de valvule artificielle.

De nos jours, Trendelenburg, qui a rajeuni cette question, a eu le mérite de mettre à la portée de tous les observateurs des moyens cliniques et simples de constater les faits. Chacun peut se démontrer que la colonne sanguine ne s'arrête pas aux limites des saphènes, et qu'elle peut aller jusqu'à l'oreillette.

Chacun peut voir le liquide osciller du cœur aux saphènes et inversement, sans rencontrer d'obstacles.

Voici le résumé des mémoires de Trendelenburg :

Si le variqueux est couché horizontalement, la pression du sang se répartit sur tout le canal cardio-saphénien, et les varices deviennent immédiatement moins tendues.

Si vous abaissez le tronc du patient au-dessous du niveau du membre inférieur, ou si vous élevez le membre jusqu'à la perpendiculaire, le sang, obéissant aux lois de la pesanteur, refluera vers le cœur. Il y aura dans les varices une pression négative. La peau s'enfoncera dans les cavités veineuses sous le poids atmosphérique.

---

(1) *Practical observations on the treatement of ulcers of the leg*, 1801.

Si vous élevez brusquement le tronc, le sang retombera dans le canal variqueux saphénien d'un seul coup comme au fond d'un tube qu'on vient de renverser.

Si vous disposez votre expérience de façon que le tronc et le membre variqueux soient chacun à 45 degrés, vous avez transformé le canal cardio-saphénien en une sorte de tube en U où vous observerez toutes les particularités des vases communiquants. Le niveau du sang s'élève dans la saphène à la hauteur du cœur; au-dessous la veine est pleine, au-dessus elle est vide.

Si vous élevez le cœur, le niveau monte dans la saphène.

Toute cause modifiant la colonne sanguine thoraco-abdominale retentit sur le niveau saphénien. Celui-ci oscille à chaque pulsation cardiaque avec les mouvements respiratoires, à chaque effort de toux. Une simple pression du doigt sur la paroi antérieure de l'abdomen le fait changer. La saphène est comme le manomètre de la cavité thoraco-abdominale.

La rapidité avec laquelle le sang revient du cœur vers les extrémités variqueuses ne permet pas de croire à autre chose qu'un reflux dans des vaisseaux communiquant à plein canal.

L'afflux sanguin ne se produit pas avec cette rapidité.

L'expérience suivante de Trendelenburg en est la preuve.

Après avoir couché le malade, vous videz les varices de leur contenu en élevant la jambe qui les porte, elles se dessinent en creux. A ce moment, vous mettez le doigt au pli de l'aine, sur le tronc de la veine fémorale, et tout en maintenant cette compression, vous faites lever votre sujet. Le sang pour remplir les veines doit traverser les capillaires, et les varices ne se remplissent pas subitement. Au bout de quelque temps seulement, elles commencent à se dessiner peu à peu ; elles mettront plusieurs minutes à atteindre leur ancien volume, et si vous cessez votre compression avant qu'elles soient distendues, vous percevrez encore leur disten-

sion brusque par le flot du sang qui reflue du cœur à travers des vaisseaux que la maladie maintient largement ouverts. Ce reflux sanguin qui détermine l'asystolie des grosses veines, amène aussi la distension des petits vaisseaux. Trendelenburg l'a constaté sur des varicosités ; nos recherches nous l'ont montré plus loin encore. Il s'exerce sur les capillaires de tous les organes de la jambe, sur les *vasa vasorum*, sur les vaisseaux capillaires des nerfs.

Ce reflux cause dans tous les vaisseaux des transformations d'où procèdent la marche envahissaute des varices et l'induration scléreuse qui les accompagne et les complique.

Telle la forme variqueuse dout le symptôme principal est la dilatation du tronc de la saphène interne. On comprend pourquoi cette variété de varices doit être considérée comme une indication urgente d'interventiou chirurgicale.

La douleur ou l'incommodité. — L'indicatiou tirée de la douleur, chez les variqueux, n'est pas toujours proportionnée à l'intensité de la souffrance.

D'abord la douleur peut manquer complètement; nous avons vu des malades arriver à l'ulcère sans avoir jamai souffert.

Certains variqueux n'ont pour tout symptôme qu'une gêne dans les fonctions du membre, que l'impossibilité de faire des efforts, d'accomplir une longue marche, à cause de l'apparition rapide de la fatigue.

Quand la douleur existe, elle est très variable, tantôt sourde, tantôt vive, tantôt brûlante, tantôt intermittente, tantôt continue.

Souvent la douleur n'apparait dans les membres variqueux qu'avec la fatigue, mais aussi elle peut se montrer dès le début du travail ou de la marche.

Un de nos malades avait la sensatiou d'une brûlure à la jambe quand ses varices faisaient saillie. Sitôt qu'il restait deux heures debout, il lui fallait s'asseoir, et quand il vou-

lait reprendre le travail, après quelques instants de repos, il ne pouvait marcher qu'en boîtant.

D'autres sont pris de crampes dans les mollets. Nous en connaissons un, chez lequel le trouble nerveux amené par la distension des varices était encore plus complexe. Il avait des varices énormes des deux membres inférieurs. Il pâlissait et se trouvait mal quand il était quelques instants sans bas élastiques, comme s'il avait une anémie cérébrale subite.

Parmi les varices qui déterminent des douleurs assez vives, nous citerons les amas variqueux du condyle interne du genou et ceux du creux poplité.

Le voisinage de troncs nerveux et la pression exercée par la flexion sur les vaisseaux malades suffisent pour expliquer le fait. J'ai vu, pendant une opération d'extirpation des veines du creux poplité, le nerf saphène externe augmenté de volume, altéré dans sa couleur, par suite de son envahissement par les capillaires variqueux; il était devenu violacé.

Sur les points saillants et exposés des membres, sur la saillie du mollet, au devant du tibia ou du genou, sur la face antérieure de la cuisse, les saillies veineuses sont souvent aussi le siège de douleurs, spontanément et à la palpation.

Nous avons même été surpris de constater que les amas variqueux de la cuisse, qui sont rares, étaient plus douloureux que ceux de la jambe.

A cause de la rareté des faits, j'en citerai deux exemples tirés de mes observations.

Dans le premier cas, nous sommes en présence d'un banquier, un peu obèse et très nerveux, qui portait au tiers supérieur de la cuisse, face antéro-externe, un petit peloton variqueux gros comme une noisette. Il en souffrait tellement pendant la marche, il en était si gêné pour ses occupations, qu'il demanda l'opération, malgré sa pusillanimité.

Sa douleur était à forme névralgique, réveillée par la marche et la pression.

Le deuxième cas a trait à un pauvre diable de la maison de Nanterre. Son paquet variqueux, situé au tiers supérieur, face antéro-interne de la cuisse, était du volume d'un œuf, formé de plusieurs vaisseaux pelotonnés. Il avait en même temps d'autres varices. mais c'est de celle-là seulement qu'il souffrait. Il fut guéri par l'extirpation.

Quand les varices sont étendues à une grande partie du réseau veineux du membre inférieur, au gonflement, au durcissement, à l'œdème de la jambe, s'ajoutent, le soir, des douleurs variées.

Tantôt des sensations de pesanteur, de plénitude, de distension, de chaleur. Tantôt des démangeaisons, des fourmillements. Tantôt des crampes.

La cessation du travail et même le séjour au lit ne les apaisent pas immédiatement.

Ces souffrances amènent l'insomnie, car il faut plusieurs heures avant qu'elles cessent et que le sommeil puisse venir.

Elles ne sont disparues complètement que le matin avec le gonflement de la jambe.

C'est un mélange de tension de la peau, de gonflement musculaire et de compression nerveuse.

Verneuil a bien insisté sur ces douleurs qui succéderaient, d'après lui, aux varices profondes des muscles.

Quenu explique ces douleurs par l'existence de névrites diverses, et particulièrement de névrite sciatique.

Il a trouvé que le nerf sciatique était entouré et comprimé par une gaîne de vaisseaux sanguins extrêmement dilatés à la sortie du bassin.

Dans son premier mémoire, les pièces anatomiques étaient indiscutables, mais quelques observations étaient un peu incomplètes. Une seule était cependant très démonstrative. Un peintre de Rueil avait une névralgie intermittente. On

parvint à établir que son maximum douloureux correspondait avec la distension des varices qu'il avait au membre endolori, et, par une compression préventive, à supprimer la distension et la névralgie.

Acceptée par Trélat, Verneuil et Terrier, cette théorie fut combattue par Berger, qui soulevait l'objection de la douleur musculaire, et Desprès, qui émettait l'idée d'une arthrite sèche.

Mais dans un travail postérieur publié au Congrès de chirurgie de 1892, Quenu donna la preuve expérimentale des faits qu'il avait avancés. Il montra que l'extirpation des varices engainant le sciatique amenait la disparition des névralgies (1).

Beaucoup de malades qualifient leurs douleurs de rhumatismes, et celles-ci sont considérées comme étant véritablement d'origine rhumatismale par les chercheurs de diathèses; mais en prenant des renseignements précis, on voit que la douleur est fixe, localisée au membre variqueux ou même au paquet variqueux, que d'autres parties du corps ne sont pas atteintes. Cette douleur n'a pas la mobilité rhumatismale; elle dépend absolument des varices, elle disparaît quand les veines sont enlevées. Quoi qu'il en soit des explications, la répétition des douleurs, la gêne que le membre douloureux et gonflé apporte aux mouvements, l'impossibilité de longues marches, la fatigue de la journée et les mauvaises nuits constituent un ensemble de souffrances et d'incommodités qui constituent une indication très nette d'intervenir.

L'ulcère. — Si la cure de l'ulcère est une indication urgente d'opération, il n'en est pas moins vrai qu'il est parmi les complications de varices celle qui peut faire hésiter avec le plus de raison.

---

(1) *Comptes rendus de la Société de chirurgie*, 1888, p. 131.

Il est un nid de microbes, un foyer d'infection. Il est une mauvaise condition pour le succès de la cicatrisation d'une plaie opératoire.

Il faut d'abord essayer de différer l'opération jusqu'à sa fermeture sous des pansements antiseptiques.

Mais s'il est incurable et s'il faut opérer malgré sa présence, il est nécessaire de prendre des précautions spéciales; il faut le préparer de longue date, le rendre aseptique.

Pendant l'opération, il conviendra de détruire les bourgeons charnus au feu ou à la curette et de déployer une attention exagérée à lier tous les vaisseaux veineux pour fermer la voie à une infection.

Cependant, bien que ni l'état d'infection, ni les callosités des ulcères ne fournissent de contre-indications opératoires, vient un moment où toutes les tentatives seraient suivies d'insuccès. C'est quand l'ulcère a fait le tour de la jambe, quand la partie indurée qui les supporte étrangle le membre.

Enfin il est un cas où non seulement l'opération serait inutile, mais bien deviendrait dangereuse; c'est celui d'un ulcère qui, par une longue suppuration, aurait produit des lésions amyloïdes.

Ce n'est plus alors un variqueux qu'il faut guérir, mais un cachectique qu'il ne faut pas tuer.

La phlébite. — A titre urgent parmi les indications de l'extirpation entre ligatures, doit être placée l'inflammation de varices de J.-L. Petit, que nous appelons *phlébite*.

Plus rare que l'ulcère, elle n'est cependant pas très rare. Celle qui se voit le plus souvent est la phlébite adhésive, mais on rencontre aussi la forme suppurée, principalement à la suite de blessures.

Cette suppuration de veines menace d'infection purulente, et il est rationnel de lui donner jour comme dans un abcès, ainsi que le conseillait Parise, de Lille; mais il est encore

mieux d'extirper les vaisseaux malades en fermant la communication avec ceux qui sont sains.

C'est ce que fit avec succès un chirurgien du nom de Tobin (1).

Ayant vu se développer une phlébite septique après une résection qu'il avait pratiquée sur une varice, il rouvrit la peau, enleva les vaisseaux enflammés et guérit son malade.

Quant à la phlébite adhésive, elle est moins dangereuse, spontanée ou provoquée. Elle serait même un des modes de guérison idéal des veines, si dans le caillot de fermeture organisé ne se rétablissaient des vaisseaux et si, d'autre part, elle se limitait toujours. Mais elle prend quelquefois une marche envahissante, lente, mais grave.

Je l'ai vue se répéter pendant six années consécutives, sans amener l'oblitération des varices. Elle n'a fait que favoriser l'apparition de nouvelles varices.

Ces phlébites causent quelquefois à leur suite des plaques indurées étendues, qui compromettent la fonction du membre et produisent, par rétraction ou immobilisation, des difformités des pieds et des orteils, comme le professeur Verneuil l'a signalé pour certaines phlébites des membres inférieurs dans la *Gazette médicale* de 1890.

La rupture. — L'indication tirée de la crainte de la rupture des varices a été très diversement appréciée depuis Paré. Beaucoup d'auteurs affirment qu'ils n'avaient jamais vu de cas graves et que l'hémorragie par rupture pouvait être considérable, mais non mortelle.

L'article de Schwartz (*Dictionnaire Jaccoud*) contient un bon exposé de l'historique de cette question, et donne la juste appréciation de la vraie gravité de cette complication variqueuse.

L'hémorragie ainsi survenue peut être mortelle. Il en

(1) *Medical and circular Press*, 1891.

existe un certain nombre de cas récents, en particulier celui de Polaillon.

Cette terminaison fatale est rare, mais elle menace tous les variqueux.

J'en ai pu recueillir moi-même un exemple cette année (1894).

Une femme de la campagne, cuisinière, tenant un restaurant aux environs de Paris, portait depuis longtemps des varices très douloureuses et un ulcère incurable.

Un jour, elle quitte sa sœur, qui travaillait à ses côtés, pour traverser un jardin de 200 mètres environ. Pendant le trajet, elle rencontre un enfant qui remarque qu'elle perd le sang et lui fait une observation dont elle ne tient pas compte.

On la trouva, quelques instants après, étendue morte au fond du jardin, dans une mare de sang.

La rupture veineuse non suivie de mort est, au contraire, très fréquente. Je l'ai rencontrée sur le tiers des variqueux que j'ai observés. L'hémorragie est très facile à arrêter, mais elle se produit sans prévenir. Elle est souvent spontanée, résultant d'une espèce de nécrose de l'épiderme. Un faible choc, une pression inaperçue peuvent la produire. Elle ne succède pas toujours à une blessure ; on comprend qu'elle puisse devenir très dangereuse pour un homme, soit par le sommeil, soit par l'ébriété.

On a remarqué que c'est toujours par une plaie insignifiante que la vie s'est échappée avec le sang ; on ne peut jamais savoir si l'hémorragie mortelle ne surviendra pas.

Quiconque n'a pas de bas à varices y est exposé.

On peut dire cependant que la variété de varices atteignant des petits vaisseaux en est plus menacée.

IV

DES CONTRE-INDICATIONS.

La sénilité, les altérations viscérales ou des infirmités amenant l'incapacité de travailler, sont les principales contre-indications.

La sénilité ne se mesure pas au nombre des années, mais à l'état des organes de l'individu ; c'est une vérité banale. Il faut refuser l'opération à des hommes épuisés, même s'ils n'ont pas dépassé la quarantaine. Vous obtiendrez, au contraire, de beaux succès sur d'autres qui ont dépassé la soixantaine, mais conservé leur santé.

Une toux chronique, une maladie de cœur, une affection cérébrale ou médullaire, la présence de l'albumine ou de sucre dans l'urine, bien qu'il n'y ait pas encore de cachexie, doivent être considérées comme des tares suffisantes pour faire redouter toute intervention.

Il en sera de même des foyers chroniques de suppuration, lors même qu'ils siègent dans une région éloignée. On devra craindre des complications par infection de la plaie opératoire ; et d'autre part, les reins, la rate et le foie sont, dans ces cas, fréquemment le siège de lésions amyloïdes.

C'est ainsi que l'ulcère variqueux peut devenir une contre-indication s'il est grand, s'il a duré longtemps et causé une forte suppuration. J'ai vu, à plusieurs reprises, des cas de ce genre.

Les infirmités pourront aussi devenir une contre-indication absolue, à condition qu'elles aient amené une incapacité de travail actif.

Mais la discussion à leur sujet doit être faite avec soin.

Par exemple, j'ai jugé bon d'opérer un malade présentant une ankylose à la suite de coxalgie, parce qu'il était charretier, et je serais disposé à opérer un variqueux même s'il

était amputé de l'autre jambe, s'il devait se tenir debout toute la journée.

D'autre part, sur un malade qui, à la suite de l'induration et de la rétraction d'un ulcère variqueux circulaire de la jambe, avait vu survenir un œdème et des lésions éléphantiasiques du pied, j'ai considéré l'infirmité comme incurable, le pied comme inutile, et j'ai préféré l'amputation.

J'hésiterais à intervenir, si l'un des deux membres inférieurs était ankylosé dans une position vicieuse ne permettant pas la marche.

Je repousserais un malade qui ne pourrait travailler par surdité, cécité, paralysie infantile grave, paralysie d'origine syphylitique ou embolique.

Diathèse variqueuse. — A quoi ont abouti les théories pathogéniques et la connaissance plus précise des faits anatomiques? Au découragement des opérateurs.

Pour ma part, je ne me préoccupe ni des diathèses ui des lésions nerveuses. Il me suffit de savoir qu'elles n'infecteront pas une plaie opératoire, et qu'elles ne retarderont pas la cicatrisation, et j'ai été heureux de trouver la même pensée exprimée devant la Société de chirurgie par un chirurgien de la valeur de Lucas-Championnière.

Varices profondes. — Il est vrai qu'on ne peut enlever tous les vaisseaux malades; mais on peut du moins soulager la peau, enlever les parties les plus malades, et interrompre les communications des veines du membre avec celles du tronc, rompre la colonne sanguine comme Trendelenburg.

Les varices profondes viennent faire saillie à la face interne du mollet par des éraillures aponévrotiques. On peut souvent saisir l'extrémité des paquets variqueux. Il n'est pas possible de les extirper; mais le seul fait de les saisir en partie amène un soulagement.

Cela suffit à guérir les ulcères, à prévenir leur retour, à soulager la douleur, à permettre le travail.

Je ne prétends pas guérir l'état variqueux, mais je sais qu'il n'est pas nécessaire de supprimer tontes les varices pour améliorer l'état variqueux.

Beaucoup de veines déjà dilatées reviennent sur elles-mêmes et à l'état natnrel, après l'opération.

(*A suivre.*)

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

La cure des buveurs à Ville-Évrard en 1894;

Par le docteur E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

La cure des bnvenrs, pratiqnée depuis longtemps déjà a l'étranger, en Amérique surtout, a fini par attirer notre attention, et grâce à l'énergique campagne menée par trois médecins, MM. Deschamps et Dubois, conseillers municipaux de Paris, et M. Magnan, l'éminent aliéniste de Sainte-Anne, elle est devenne une des grandes questions dn jonr (1). Les pouvoirs publics s'en occupent, un concours qui a été clos le 30 novembre dernier pour l'édification, snr un point du vaste domaine de Ville-Évrard, d'un asile d'alcooliques, a réuni trente-trois concnrrents, et avant peu la France sera dotée de son premier établissement spécial d'ivrognes. Le sujet est donc de toute actualité.

Or, en avril 1894, alors qu'on commençait à parler de

(1) Voir à ce sujet les cinq mémoires que nous avons publiés à la fin de l'année dernière : *Asiles de buveurs*, in *Gazette des hôpitaux; l'Asile projeté pour les alcooliques de la Seine*, in *France médicale; Des villas-quartiers et de leur groupement en village ouvert d'aliénés*, in *Tribune médicale; La cure des buveurs*, in *Annales médico-psychologiques; Du régime intérieur des asiles de buveurs*, in *Revue d'hygiène*.

créer dans la Seine un asile de buveurs, et que le Conseil général hésitait encore à prendre une décision ferme, M. Magnan pensa que le meilleur moyen de hâter celle-ci était d'entreprendre d'ores et déjà la cure des ivrognes, et d'organiser dans ce but un service spécial qui, par les résultats qu'il fournirait, prouverait la possibilité de cette thérapeutique et mettrait en défaut le proverbe : *Qui a bu boira*. Il me commuuiqua cette idée que je m'empressai d'accepter et de mettre en pratique. Ainsi prit naissance mon quartier de traitement des alcooliques à Ville-Évrard. Il fut rapidement organisé et peuplé, si bien que, quand le Conseil général le visita deux mois après, il était eu plein fonctionnement.

Notre tentative n'a peut-être pas été sans exercer quelque influence sur le vote du 29 juin 1894, par lequel l'assemblée départementale de la Seine a décidé la création en France du premier asile de cure des buveurs. Quoi qu'il en soit, maintenant surtout que cette décision est prise et que les travaux vont commencer, il importe de persévérer dans notre entreprise, car elle permettra d'ouvrir la maison affectée à cette thérapeutique toute spéciale avec des données acquises dans le milieu même où elle recrutera ses pensiounaires, et en attcudant l'achèvement de celle-ci, les alcooliques recevront un commencement de traitemeut. D'ailleurs les faits constatés déjà au cours de l'exercice 1894, et que nous consignons plus loin, nous autorisent à espérer beaucoup de cette initiative dont le mérite revient au savant médecin de l'admission. En conséquence, il nous a semblé que les nombreux lecteurs de ce journal, en ce moment où la thérapeutique de l'alcoolisme est à l'ordre du jour, prendraient peut-être quelque intérêt à connaître l'organisation de notre section spéciale de buveurs, son fonctionuement, les moyens employés pour guérir la passion de boire, les résultats obtenus et, enfin, les améliorations que nous

nous proposons d'apporter cette année pour mieux assurer le succès de cette médication.

Nous avons affecté aux buveurs le premier quartier de l'asile, qui a été aménagé à cet effet avec l'autorisation de l'administration, laquelle a mis à nous seconder un empressement et une bonne grâce dont je tiens à la remercier sincèrement. L'essai que nous tentions ne nécessitait pas de grands frais et avait l'avantage de préluder à l'organisation spéciale dont on parlait beaucoup alors, sans avoir encore rien résolu. Que les alcooliques de la Seine fussent tous traités dans mon service au lieu d'être éparpillés dans les quatre asiles et que je les soumisse au régime d'une abstinence totale et rigoureuse, base du traitement, au lieu de les laisser au régime commun, il n'y avait rien là qui pût grandement engager les finances du département. L'administration eut l'amabilité de nous laisser carte blanche, nous permettant d'organiser ce nouveau service comme bon nous semblait. Le premier quartier, que je choisis, contient, avec les lits supplémentaires, soixante-quatorze places, et trois serviteurs y sont attachés, le chef et deux aides.

Ce personnel, tout restreint qu'il était, suffisait, à la rigueur, à assurer l'abstinence complète et forcée des alcooliques de la section, à la condition qu'ils n'en sortiraient pas. Avec cela, il ne fallait pas songer à les envoyer travailler au dehors, ou même à les laisser circuler dans l'asile; mes trois serviteurs ne pouvaient se charger que de défendre l'entrée du quartier à l'ennemi. Un avait mission de surveiller la porte et l'intérieur; le second, la cour et l'extérieur; restait le troisième auquel incombaient les courses pour le linge, la nourriture, les médicaments. Je décidai en conséquence que, sous aucun prétexte, les buveurs ne quitteraient la division, pas même pour se rendre au parloir, et qu'ils seraient visités par leurs parents à l'intérieur même de celle-ci. La méthode de traitement appliquée fut ainsi

celle de l'isolement absolu, avec abstinence totale et forcée de toute boisson spiritueuse. Les trois gardiens furent eux-mêmes soumis au régime abstinent, de telle sorte que pas une goutte d'alcool, sous quelque forme que ce fût, ne devait pénétrer daus la section.

Du moment que je condamnais ainsi les alcooliques à rester prisonniers chez eux, je dus me préoccuper de deux choses ; rendre ce séjour agréable et en bannir l'oisiveté, cette mère de tous les vices, enseigne la sagesse des nations. Dans le premier but, nous avons transformé le préau en un agréable jardin avec jeux divers : croquet, billes, boules, crapaud, anneaux, et bancs champêtres ; toutes les fenêtres ont été ornées de fleurs et des suspensions fleuries furent placées le long de la galerie ouverte, qui s'est trouvée ainsi transformée en serre ouverte. Ensuite, la salle de réunion et le réfectoire ont été très ornementés ; des statuettes aux angles, des tableaux aux panneaux, des suspensious et des lampes ont fait de ces deux endroits des lieux coquets et agréables à habiter ; enfin, deux fontaines ont été placées, versant le thé et la gentiane destinés à remplacer le vin. C'est un vrai plaisir pour les familles de venir y passer quelques heures avec leurs malades, de se promener en leur compagnie dans le jardin et de participer à leurs jeux.

Cependant, ce n'était pas assez d'avoir ainsi aménagé l'habitation, car, à la longue, en dépit de ses embellissements et de ses distractions, ce séjour serait devenu insupportable si les malades avaient dû y vivre inoccupés. Nous avons, en conséquence, cherché le moyen de leur douner de l'ouvrage, sans qu'ils eussent besoin de sortir. Pour ceux qui, de leur métier, étaient tailleurs ou cordonniers, pas de difficultés, car ils pouvaient facilement exercer leurs talents sur place. Mais les autres? La confection de chaussons nous parut le travail le plus propre à atteindre ce but. L'ouvrage ainsi trouvé, restait à organiser l'atelier. La section devant loger 74 hommes,

la salle de réunion était, de toute évidence, insuffisante à recevoir un tel nombre de travailleurs. Nous y avons seulement installé la moitié de nos ouvriers et, pour l'autre moitié, nous avons transformé en véranda, ornée elle aussi de fleurs, de suspensions et de tableaux, 20 mètres de la galerie couverte, qui a 43 mètres de longueur, laissant le reste comme abri-promenade pour les jours de mauvais temps. De cette façon fut obtenu un très beau et très confortable atelier. Enfin, pour parer aux maladies incidentes, un des trois dortoirs du quartier a été aménagé en infirmerie, avec les accessoires indispensables, tels que tisanerie, rideaux aux fenêtres et descentes de lits. Jamais donc nos buveurs ne sont dans la nécessité de quitter le quartier, celui-ci étant disposé pour la vie ordinaire, les visites, le travail et la maladie.

Conformément aux principes que nous avons développés dans nos travaux antérieurs, le traitement appliqué est mixte : physique et moral. Celui-là consiste, tout d'abord, dans l'application rigoureuse de l'abstinence absolue de tout alcool. Là, gardiens et malades sont abstinents. Le vin est remplacé par du thé et de la gentiane ; en outre, un pot de lait est accordé comme encouragement au travail, représentant l'équivalent de la ration supplémentaire des travailleurs ; pour les gardiens, en outre, ils reçoivent en argent la valeur de leur vin supprimé. Puisque, d'après nos confrères étrangers, l'ivrognerie serait toujours un simple symptôme, manifestation d'une grave altération nerveuse, nous nous efforçons en même temps de rechercher celle-ci pour la combattre par les moyens pharmaceutiques appropriés, hystérie ou épilepsie non convulsive, neurasthénie ou perversion émotive. Quant au traitement moral, il n'a rien de religieux ; il consiste moins à faire rougir l'alcoolique de ses habitudes qu'à lui en montrer les dangers immédiats. Quoi qu'en pense M. Dubuisson, l'ivrogne, quel que soit son pays et quelle que soit sa religion, sera plus retenu par la certitude

du mal qu'il se fait à lui-même, mal prochain et certain, que par l'espoir du ciel, espoir éloigné et aléatoire. Ce qu'il faut, en conséquence, à notre avis, c'est convaincre le buveur que, pour une courte satisfaction, il se tue physiquement et psychiquement, sans chance aucune d'y échapper, alors surtout qu'il a perdu la raison une première fois déjà. Le jour où, avec de longs mois d'abstinence, on aura fait pénétrer cette conviction dans son esprit, on sera en droit de compter sur sa guérison. Combien de gens céderaient à l'attrait d'un voyage à Cythère s'ils étaient *certains* d'en revenir avec la vérole ou même la simple blennorragie? Pas beaucoup, j'imagine, et pourtant l'appétence des voluptés amoureuses est bien plus aiguillonnante que l'appétence des voluptés alcooliques. Que le buveur soit donc *certain* de laisser au cabaret un lambeau de sa santé chaque fois qu'il y entre, et il n'y entrera point. Pour lui procurer cette certitude, nous avons à notre disposition deux moyens : la lecture et les causeries-conférences. Nous formons une collection d'ouvrages qui, sous une forme littéraire et agréable, instruisent le buveur sur le danger de l'alcoolisme et le mal qu'il se procure. Mais, plus encore que sur les livres, nous comptons sur les causeries-conférences, dont l'idée est encore de M. Magnan, conversations familières pour lesquelles nous aurons la collaboration de plusieurs de nos confrères et de nos collègues, entre autres de M. le docteur Legrain, si versé dans les choses de l'alcoolisme, sur lesquelles il a publié de remarquables travaux et qui a l'intention, très pratique à mon avis, de montrer à nos ivrognes, par des expériences sur les animaux, les ravages de l'alcool. Voilà le traitement moral, tel que nous le comprenons et tel que nous l'appliquons.

Notre quartier spécial fonctionne dans ces conditions depuis huit mois. Il a reçu, durant ce laps de temps, 244 alcooliques, qui se répartissent ainsi :

Mai	33	Septembre	29
Juin	38	Octobre	21
Juillet	44	Novembre	29
Août	13	Décembre	37

Mais ces 244 sujets n'étaient pas tous des alcooliques purs; parmi eux se trouvaient 18 vésaniques, 9 paralytiques et 3 épileptiques, chez lesquels la folie éthylique aiguë avait masqué l'affection mentale préexistante, soit un total de 30 sur 244 malades, c'est-à-dire la proportion relativement forte de plus de 10 pour 100. Il est intéressant de constater que si, fréquemment, on rencontre des délires multiples par complication éthylique, tant que celle-ci persiste, la vésanie antérieure disparaît, éclipsée qu'elle est par sa violence; il n'en existe pour ainsi dire plus trace. Il serait donc erroné de considérer ces 30 cas comme des erreurs de diagnostic. Il est intéressant également de relever que les folies simples sont celles qui se sont présentées le plus souvent compliquées de folie alcoolique; elles ont été sensiblement plus fréquentes que les folies paralytiques; une seule fois, l'épilepsie était associée à l'alcoolisme. Je noterai encore que, des 18 cas de folie simple, 17 étaient de la lypémanie, un seul était de la manie. Les excès de boissons, si ces premiers résultats se confirmaient, se montreraient, en conséquence, plutôt avec celle-là qu'avec celle-ci, et plutôt dans la vésanie que dans la paralysie générale? Mais une telle interprétation ne serait peut-être pas rigoureusement exacte; il serait plus vrai de dire, je pense, que les folies simples sont plus facilement masquées par le délire éthylique que les folies paralytiques, car les tendances dipsomaniaques sont presque constantes dans ces dernières et plutôt rares dans les premières; de même l'appétence à la boisson des maniaques l'emporte sur celle des lypémaniaques. Pour les uns comme pour les autres, il s'agirait donc moins d'une question de fréquence que d'une plus grande facilité à se

laisser éclipser par les manifestations mentales de l'alcoolisme.

Si nous retranchons de notre total de sujets ayant passé par la section spéciale les 30 dont nous venons de parler et chez lesquels l'alcoolisme n'était qu'un élément secondaire surajouté, nous voyons qu'en huit mois cette section a reçu en traitement 214 alcooliques vrais, appartenant à l'asile de buveurs et qui se répartissent par mois comme il suit :

Mai	30	Septembre	26
Juin	30	Octobre	18
Juillet	42	Novembre	27
Août	11	Décembre	30

Dans un précédent travail, j'émettais cette espérance que l'asile pour buveurs créerait autour de lui le vide des ivrognes et que, quand l'asile pour cinq cents de ceux-ci serait ouvert, Paris, loin d'attirer comme aujourd'hui cette lie sociale, deviendrait un épouvantail. Je me basais, pour penser ainsi, sur l'effet produit par mon quartier spécial ; la crainte d'y être mis a accru la tempérance dans une proportion inespérée ; depuis qu'il fonctionne, on ne se grise pour ainsi dire plus à Ville-Evrard. Or, il est curieux de relever que les admissions d'alcooliques ont sensiblement diminué depuis le vote du Conseil général et, détail piquant, que ces admissions ont été presque insignifiantes, 11 seulement, durant le mois où fut affiché dans Paris le programme du concours ouvert en vue de la construction d'un asile de buveurs. D'une expérience si restreinte, je ne veux évidemment tirer aucune conclusion ; mais il m'a semblé néanmoins intéressant de signaler cette bizarre coïncidence, d'autant qu'en août la soif est assez vive et qu'en juillet les admissions avaient été de 42.

De ces 214 alcooliques, 35 pour 100 seulement étaient célibataires. A Paris, tout au moins, la famille serait donc loin

d'avoir l'influence morale qu'on a l'habitude de lui attribuer, et le foyer domestique ne détournerait pas du cabaret. En effet, le ménage, en réalité, apporte plus de soucis qu'il ne procure de joies, et l'on comprend, à la réflexion, pourquoi tel qui, dans le célibat, était sobre, devient buveur dans le mariage : il noie ses ennuis domestiques. Quoi qu'il en soit, les chiffres sont brutaux ; depuis l'ouverture de notre section spéciale, 35 pour 100 seulement des ivrognes étaient célibataires, contre 65 pour 100 de buveurs non célibataires. Parmi ces derniers se trouvaient 6 veufs, 7 unions irrégulières et 52 unions légitimes. Ainsi, à Paris, les ivrognes se recruteraient de préférence dans la population régulièrement mariée et en puissance de femme; le veuvage exposerait peu à l'intempérance, et le concubinage moins encore. D'ailleurs, nombreuses, très nombreuses sont les épouses de mes alcooliques qui me confient la sottise qu'elles ont commise en acceptant de transformer en mari l'amant dont la conduite et les égards avaient toujours été irréprochables; le sacrement leur avait été fatal; nombreuses aussi sont celles qui m'avouent s'être grandement trompées en espérant que le mariage corrigerait leur homme; à entendre les unes et les autres, il pervertirait les bons et aggraverait les mauvais. Quel que soit mon respect pour cette institution, que je vénère d'autant plus que je n'en suis pas encore membre, je suis contraint de reconnaître que la statistique de ma section spéciale d'ivrognes ne lui est pas favorable et ne me donne pas le droit de la recommander comme remède à l'ivrognerie.

Ce qui prouverait encore que la famille est un bien faible obstacle à cette passion, c'est que de ces 65 pour 100 de gens non célibataires et adonnés à la boisson, 47 étaient pères : 41 sur les 52 unions légitimes se trouvaient dans ce cas, 2 sur les 7 unions illégitimes, et 4 sur les 6 veuvages. Et les enfants étaient parfois nombreux, témoin la petite statistique qui suit, relative aux 47 pour 100 qui étaient pères :

Un enfant...........	19	Quatre enfants........	5
Deux enfants.........	14	Cinq enfants.........	3
Trois enfants.........	5	Six enfants..........	1

Ces proportions centésimales se passent de tout commentaire.

Un autre point qui nous a paru intéressant à étudier pour mieux apprécier et combattre l'appétence alcoolique, est le genre de boissons préféré. Il convient, pour les mieux connaître, de diviser en quatre segments la journée du buveur. A jeun, avant les repas, après les repas, entre les repas. A jeun, le breuvage le plus souvent absorbé est le marc; les données de mon quartier spécial indiquent que sur 100 sujets, 23 usent au réveil de cette boisson; après le marc vient le rhum figuré par 14 pour 100, puis le vin blanc par 8 pour 100; le mêlé-cassis ne donne que 4 pour 100 et enfin 4 pour 100 des buveurs étaient des irréguliers, absorbant tantôt une chose, tantôt une autre. A titre exceptionnel, 1 pour 100 au plus, se trouvent le vulnéraire, l'anisette et le cidre. Il y a en ce qui concerne l'anisette et surtout le vulnéraire une grande différence entre l'alcoolisme de l'homme et celui de la femme à Paris. C'est principalement avec ces deux boissons, et en particulier avec la dernière, que celle-ci s'intoxique. Passant aux liquides pris avant les repas, dits *apéritifs*, nous rencontrons en tête, cela va sans dire, sa majesté l'absinthe. Le détail instructif fourni par les sujets de mon quartier est l'énorme disproportion existant entre l'usage de l'absinthe et l'usage des autres apéritifs. Ainsi ma statistique indique que sur 100 de mes clients 49 se fermaient l'appétit sous prétexte de l'ouvrir, avec cette liqueur, tandis que l'amer Picon et le vermouth ne comptent que 7 et 6 adorateurs. Environ 10 pour 100 n'ont pas de préférence et préludent aux repas par des breuvages jamais les mêmes. Beaucoup plus rare est, d'après mes constatations, l'intempérance immédiatement consécutive aux repas. En effet, pour 100 sujets,

je n'en trouve que 17 qui prenaient du rhum, 4 du marc, 3 du cognac et 10 indifféremment de l'un ou de l'autre. Mais c'est surtout entre les repas, au cours de la journée, que nos malades s'intoxiquent, et s'intoxiquent avec du vin bu pendant le travail; tous les efforts du traitement doivent donc tendre à démontrer le danger de cette habitude. En effet, 76 pour 100, proportion énorme, sont dans ce cas; 3 pour 100 seulement prenaient de la bière, 2 pour 100 du cidre et 12 pour 100 des boissons variées. Aussi l'absinthe avant les repas, l'alcool à jeun et surtout le vin dans le courant de la journée, d'autant plus dangereux qu'on le croit inoffensif et même fortifiant, voilà les trois grandes sources de l'intoxication alcoolique parmi les hommes de la population ouvrière de Paris, d'après les indications fournies par le service spécial des buveurs de Ville-Évrard.

Il était utile de rechercher quels étaient, des quatre moments de la journée que nous avons indiqués, ceux que préféraient les buveurs pour leurs libations. A cet égard, nos ivrognes nous ont fourni la proportion centésimale suivante :

A jeun, avant les repas et au cours du travail. . . .	20	pour 100.
Du lever au coucher, indifféremment.	18	—
Exclusivement entre les repas, au cours du travail.	16	—
Avant les repas et au cours du travail.	16	—
A jeun et au cours du travail.	12	—
A jeun et avant les repas.	6	—
Avant et après les repas et au cours du travail. . .	5	—
A jeun, après les repas et au cours du travail. . . .	2	—
A jeun, avant et après les repas.	2	—
Après les repas et au cours du travail.	2	—
Avant et après les repas.	1	—
Total.	100	pour 100.

Ainsi, des ivrognes traités à Ville-Évrard en 1894, 60 pour 100 avaient la funeste habitude de prendre de l'alcool le matin à jeun. Je suis certain que si l'on arrivait à leur démontrer les dangers certains de cette coutume, on ferait de

l'excellente thérapeutique, et l'on diminuerait dans une forte proportion le nombre des alcooliques. Pas d'alcool à jeun et pas de vin entre les repas, n'obtiendrait-on que ces deux résultats qu'on aurait réalisé un grand bien.

Il était encore utile de savoir si nos buveurs recherchaient une ou plusieurs boissons fortes et, dans ce dernier cas, quelles étaient les plus recherchées. Notre service spécial, sur ce point, nous a encore fourni la proportion centésimale qui suit, intéressante en ce qu'elle montre une grande diversité de goût, et ensuite en ce qu'elle établit que 14 pour 100 de nos sujets, chiffre relativement considérable, s'intoxiquent exclusivement à l'aide du vin.

Vin	14	pour 100.
Vin et absinthe	13	—
Un peu de tout	12	—
Vin, absinthe et marc	11	—
Vin, absinthe et rhum	9	—
Marc et vin	7	—
Marc, absinthe, rhum et vin	5	—
Vin et rhum	5	—
Vin blanc et rouge et vermouth	3	—
Absinthe et rhum	3	—
Absinthe	2	—
Vin et bière	2	—
Mêlé-cassis, amer Picon et vin	2	—
Vin blanc et rouge	2	—
Mêlé-cassis, absinthe et vin	1	—
Absinthe, vin, vulnéraire et anisette	1	—
Marc et cidre	1	—
Marc, vin et bière	1	—
Vin, absinthe et vermouth	1	—
Cidre et vin	1	—
Vermouth	1	—
Amer Picon, rhum et vin	1	—
Amer Picon, absinthe et vin	1	—
Marc, amer Picon et vin	1	—
Total	100	pour 100.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

Étude clinique sur un cas d'hémosphérinurie provoquée par la quinine et suivie d'une néphrite albumineuse aiguë.

A M. le docteur Dujardin-Beaumetz, rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique*.

Il s'agit d'un malade, nommé Georges Chronis, âgé de trente ans, lequel, jusqu'en juin 1894, était en pleine santé, car autant qu'il peut se rappeler, jusqu'à cette époque, il n'avait souffert d'aucune maladie. Mais depuis le mois de juin de l'année courante, il demeura pendant deux mois à Naupacte, où il eut plusieurs accès de fièvres intermittentes, sans être soumis à aucun traitement soit par la quinine, soit par quelque autre remède. Comme le malade me l'a assuré, jusqu'à cette époque de son existence il n'avait jamais pris de quinine. Le 20 octobre 1894, le malade se trouvant à Athènes et ayant de nouveau été atteint d'accès de fièvre intermittente, son épouse l'obligea enfin à se soumettre à un traitement médical. Appelé auprès de lui, je remarquai un accès de fièvre intermittente ; j'ordonnai par conséquent, le même jour, un purgatif, ensuite 1 gramme de sulfate de quinine en quatre pilules à prendre chaque heure du jour suivant ; mais deux heures après avoir pris la dernière pilule, le malade fut saisi d'un accès de fièvre à la température de 38°,8, qui dura quatre heures, suivi de douleurs aux reins ; en même temps, le malade ayant uriné, dans un vase de nuit, sa femme remarqua avec étonnement que les urines étaient sanguinolentes, ce qui l'obligea à m'appeler de nouveau promptement. A midi, je vis de nouveau le malade ; la fièvre était légère, la température s'élevant à peine à 37°,9, et une heure après, elle était descendue à sa température normale. J'ordonnai l'application de ventouses sèches aux reins et intérieurement des boissons acides ; comme nourriture, du lait froid, et je me retirai en recommandant de

garder les urines jusqu'au lendemain. Le matin du jour suivant, pendant lequel je vis le malade, ce dernier était complètement apyrétique; les urines continuaient à être noires, renfermant, comme l'examen chimique l'a prouvé, de l'hémosphérine et de l'albumine. Dès lors, je supprimai l'emploi de la quinine et je soumis le malade à un traitement de décoction-infusion de quinquina royal et d'herbe d'absinthe additionné de vieux cognac. Ainsi le malade se portait bien jusqu'au 6 novembre 1894, lorsqu'il fut soudain saisi de nouveau de frissons et de vomissements ainsi que de fièvre à la température de 39°,5 ; il alla en même temps cinq fois à la selle, ce qui fait qu'ayant été appelé je ne donnai pas de purgatif, mais j'ordonnai seulement 75 centigrammes de sulfate de quinine en trois pilules, à prendre une toutes les heures, le lendemain. Précisément, le 7 novembre, il prit ces trois pilules; mais trois heures après avoir pris la dernière pilule, le malade, ayant uriné, remarqua que les urines étaient de nouveau sanguinolentes ; il avait aussi des douleurs aux reins. Il fut en même temps saisi de fièvre à la température de 40 degrés et avec 120 pulsations ; cette fièvre dura trois heures. Le soir, lorsque je visitai de nouveau le malade, les urines sanguinolentes continuaient, il y avait aussi des vomissements opiniâtres bilieux, la rate était un peu augmentée de volume; j'entendis aussi un souffle anémique mou à la base du cœur; température normale; pulsations, 90 ; j'ordonnai la potion de Rivière, l'application de sinapismes Rigolot sur la région stomacale et de la glace intérieurement; comme nourriture, du lait froid. Le 8 novembre, température, 36 degrés ; pulsations, 90. Les urines sanguinolentes continuent; le même traitement. Le 9 novembre, température, 36 degrés ; pulsations, 92. Il n'a pas du tout uriné; il y avait des vomissements bilieux, survenant au moindre mouvement du corps. A midi, je vis le malade en consultation avec le professeur Delyannis; nous ordonnâmes la continuation de la glace et, chaque heure, une petite cuillerée de sirop d'éther; comme nourriture, du lait et, à des intervalles éloignés,

du bouillon. Les urines du jour précédent, je les avais envoyées à mon excellent ami M. le docteur Panagiotis Pampoukis, qui remarqua assez de globules rouges de sang, mais altérés, dentelés, la plupart détruits; il observa aussi de l'hémoglobine abondante.

10 novembre. Température, 36 degrés; pulsations, 60. Vomissements plus rares, épistaxis abondante, légère coloration des conjonctives vers le jaune; le malade n'a pas du tout uriné.

11 novembre. Température, 36°,8; pulsations, 84. Les vomissements ont cessé. Le malade n'a pas uriné depuis trois jours et n'en est pas incommodé. Il prend une décoction de racine de chiendent et du lait mélangé avec de l'eau de Vichy.

12 novembre. Température, 36°,5; pulsations, 82. Langue propre; le malade a uriné une fois dans la nuit, pur, mais peu; conjonctives moins jaunes; les vomissements ont cessé, mais le malade se plaint de ressentir, lorsqu'il se soulève sur le lit, des étourdissements et des éblouissements, ainsi que lorsqu'il fait le moindre mouvement dans le lit en n'importe quel sens. Pendant la nuit, il a dormi tranquillement; intelligence claire. Le malade prend encore, toutes les deux heures, une cuillerée de décoction-infusion de quinquina et de racine de valériane.

13 novembre. Les étourdissements continuent, faiblesse générale, le malade n'a pas du tout uriné; le visage et les mains enflés, intelligence claire; le malade a vomi deux fois.

14 novembre. Les étourdissements continuent, tendance aux évanouissements; pendant la nuit, le malade a plus ou moins bien dormi et de nouveau n'a pas uriné. Lait avec eau de Vichy, ventouses sèches à la région lombaire, bain tiède, prolongé.

15 novembre. Le malade a dormi la nuit tranquillement, il n'a pas du tout uriné, il a vomi une fois et se plaint d'une faiblesse générale du corps.

16 novembre. Visage plus enflé; le malade a uriné une quantité de 300 grammes d'urine, un vomissement, mains enflées; pieds, non; par moment, il survient des contractions des muscles; ayant examiné les urines, qui ont maintenant leur couleur

normale, j'ai trouvé, par les méthodes habituelles, de l'albumine en abondance. Le même traitement.

17 novembre. Le malade a uriné en tout une quantité de 300 grammes d'urine ; il a des nausées et de la tendance aux vomissements. Ventouses sèches aux reins ; comme nourriture, du lait exclusivement ; bain tiède, prolongé. Le malade est allé une fois à la selle.

18 novembre. Pulsations, 76. Le malade a vomi une fois le matin ; il a un peu dormi ; urines jusqu'à 75 grammes seulement, que j'ai envoyées à M. le docteur Pampoukis, chef des travaux bactériologiques, pour être examinées ; j'ai ordonné six pilules de 2 grammes de scammonée et de jalap avec 3 grammes d'extrait de rhubarbe, desquelles il doit prendre deux aujourd'hui, une le matin et une à 5 heures de l'après-midi ; en même temps, un bain tiède prolongé, lait, eau de Vichy. Le soir, à 4 heures, j'ai vu le malade en consultation avec mon ami et confrère M. Spiridion Tacharitsas ; intelligence claire, grande faiblesse, nausées ; nous avons ordonné, avec M. Tacharitsas, du calomel à la dose de 1 gramme en quatre cachets, desquels le malade doit prendre, dès le lendemain, deux chaque jour, ainsi que la continuation du sirop d'éther, chaque heure une cuillerée à café et, chaque deux heures, une cuillerée de décoction de racine de chiendent avec 2 grammes d'acétate de potasse et 3 grammes d'esprit de Mindérer. Il est bien entendu que nous avons cessé de donner les pilules préparées le matin.

19 novembre. Le malade a uriné jusqu'à 75 grammes, visage plus enflé ; il a eu aussi la nuit deux évacuations et a vomi deux fois avec peine ; il a pris un cachet de calomel et a passé une nuit pénible. Pulsations, 76 ; langue sèche. Il a été ordonné un bain de vapeur.

Le soir, pulsations, 76 ; il est allé une fois à la selle et a uriné une quantité de 150 grammes depuis le matin. L'analyse de M. Pampoukis a confirmé mon diagnostic de néphrite albumineuse aiguë, consécutive de l'hémoglobinurie qui a été provoquée par la

quinine ; ainsi dans les urines qui avaient une réaction acide, on a trouvé de l'albumine, 1,15 pour 1000; traces d'oxyhémosphérine, d'abondants globules de pus, d'abondants globules rouges de sang, beaucoup de cellules épithéliales pavimenteuses de la vessie et quelques-unes des reins, d'abondants cylindres hémorragiques et quelques-uns hyalins, granuleux, cireux et granulo-graisseux.

20 novembre. État assez bon ; le malade a uriné une petite quantité. Mais ensuite, à 9 heures dn matin, le malade voyant soudain et brusquement arriver, sans aucun avertissement, son frère qu'il n'avait pas vu depuis plusieurs années, tomba, en le voyant, en évanouissements souvent renouvelés ; des défaillances nerveuses survinrent successivement et, enfin, ses mains et ses pieds se trouvèrent en complète paralysie. J'ordonnai une potion cordiale avec de l'éther, à prendre intérieurement, ainsi qu'une solution de citrate de caféine avec benzoate de soude, 2 grammes dans 90 grammes d'eau distillée, toutes les trois heures une cuillerée à bouche. Mais le soir, vers 7 heures, des convulsions survinrent, après lesquelles la mort.

Réflexions. — Cette observation est intéressante, parce que l'hémosphérinurie survenue à ce malade a été produite quoiqu'il prît de la quinine pour la première fois de sa vie, le 21 octobre 1894, tandis que M. le professeur Karamitsas, qui a vu beaucoup de cas d'hémosphérinurie par la quinine, dit qu'il n'a vu chez aucun malade l'hémosphérinurie survenir immédiatement après la prise de la quinine, dans les premiers accès. De même, nous du moins, nous attribuons le court mouvement fébrile, survenu dans notre cas, dès la prise de la quinine (ce qui arrivait toujours au malade), à la quinine même, et non à une simple coïncidence d'accès de fièvre paludéenne survenant en même temps que la déclaration de l'énergie hémosphérinurique de la quinine, comme MM. Pampoukis et Chomatianos l'ont soutenu dans une étude intéressante. D'après nous, la courte durée du mouvement fébrile après l'emploi de la quinine, durée courte

mais intense, ne s'explique pas d'une autre manière. Également intéressante est la continuation, après la cessation de l'hémosphérinurie, de la néphrite albumineuse aiguë consécutive, avec anurie, enflure du visage et des membres supérieurs, nausées, vomissements, que nous attribuons à une forte altération symphorétique et même à une inflammation des reins, provenant de la forte irritation résultant du passage de l'hémoglobine et des débris des globules rouges du sang par l'épithélium rénal. Quant à l'anurie qui a duré des jours entiers, nous ne pouvons que l'attribuer en partie à la néphrite survenue ainsi qu'au rétrécissement et à l'oblitération relatifs des tubes urinaires contournés par l'hémosphériue passant par là ; ceci est aussi affirmé parce que, quoique, d'après la deuxième analyse chimique et microscopique des urines, faite par M. Pampoukis, celles-ci, examinées macroscopiquement, fussent depuis plusieurs jours en petite quantité, mais d'une couleur uormale, néanmoins l'examen chimique a démontré des traces d'oxyhémoglobine.

Nous finirons ces réflexions en admettant que deux causes principalement contribuent à la production de l'hémosphérinurie provoquée par la quinine, laquelle bien à tort, dernièrement, Kelsch et Kiener, dans leur dernier ouvrage (*Traité des maladies des pays chauds*, p. 866, 1889), ont voulu mettre en doute, en disant que « cette grave accusation ne nous parait point fondée sur des preuves certaines. Les observations qui servent à l'appuyer, ayant été recueillies à une époque où l'on n'était pas encore familiarisé avec la connaissance des accès de fièvre hématurique, ont pu donner lieu à des interprétations décevantes » ; et ces deux causes sont : 1° une prédisposition particulière, *ad hoc*, provenant des conditions individuelles d'idiosyncrasie, et une eupathie des reins vers l'action destructive de la quinine sur les globules rouges du sang et les vaisseaux, et 2° la préexistence dans la plupart des cas des fièvres paludéennes, ainsi que l'abus et aussi rarement le simple emploi de la quinine.

Dr Spiridion Kanellis (d'Athènes).

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique de la fièvre typhoïde, par le docteur P. Le Gendre, médecin des hôpitaux. Un volume de la Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale publiée par O. Doin.

Ce volume, dont les lecteurs du *Bulletin général de thérapeutique* ont eu les prémices sous forme d'extrait, est certainement un des plus intéressants de la collection. Ayant vu, pendant vingt-quatre ans, soigner des fièvres typhoïdes dans les milieux les plus divers, et par des médecins appartenant à des catégories des plus diverses, ayant, pendant un long stage à tous les titres de la hiérarchie hospitalière de Paris, assisté à de nombreuses épidémies de fièvre typhoïde traitées par des médecins vieux ou jeunes, rétrogrades ou progressistes, P. Le Gendre a vu mettre en œuvre toutes les méthodes connues, et nul mieux que lui n'était capable d'écrire sans parti pris la thérapeutique de la fièvre typhoïde.

Dans l'introduction, P. Le Gendre fait sa profession de foi. Mettant en parallèle le brandisme systématique et l'éclectisme méthodique, montrant la faible valeur des statistiques actuelles, au point de vue de la démonstration du meilleur traitement à instituer dans chaque cas particulier, étudiant les influences qui font varier la mortalité, il explique comment il n'est pas brandiste, après avoir failli et même désiré l'être, et comment au contraire, s'inspirant de ces paroles de Dujardin-Beaumetz : « Le meilleur traitement de la fièvre typhoïde est un bon médecin, » et convaincu par l'enseignement du professeur Bouchard que l'avenir de la thérapeutique doit consister à lui donner pour base la pathogénie, il est un éclectique. Il pose ensuite le problème thérapeutique, et pour cela il analyse les éléments pathogéniques du processus typhique en général, et étudie les modifications apportées aux données pathogéniques par les diverses circonstances : âge, sexe, antécédents, état social, ressources matérielles, etc.

La thérapeutique proprement dite se divise en trois parties. *Première partie* : Moyens dont on dispose pour répondre aux indications thérapeutiques : soins hygiéniques, diététique, antisepsie, bactériothérapie, sérumthérapie, antithermie. *Deuxième partie* : Appropriation des méthodes générales de traitement aux cas particuliers, suivant les formes, suivant les méiopragies ou propathies, et suivant l'association de la fièvre typhoïde à telle ou telle autre infection, et traitement des complications, accidents et séquelle. Dans la *troisième partie*, traitant de la prophylaxie, P. Le Gendre étudie les conditions étiologiques, le rôle pathogénique du bacille typhique et enfin les moyens prophylactiques.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir, par cette rapide énumération de ses chapitres, fait une analyse de ce volume; nous espérons seulement avoir donné aux médecins le désir de lire un livre écrit en connaissance de cause, en conscience et de main de maître.

Sapelier.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.



CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la bronchite aiguë;

Par le docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital Cochin.

C'est là un sujet tout d'actualité, et par les mauvais temps que nous traversons, ce ne sont pas les rhumes qui font défaut.

Pour montrer le peu de progrès de la médecine, beaucoup de personnes soutiennent que nous sommes incapables de guérir le rhume, même à ses périodes de début. C'est là une profonde erreur, et je soutiens, au contraire, que nous sommes en possession d'une médication et d'un médicament constituant un véritable traitement abortif : c'est l'aconit.

Il y a peu de médicaments sur lesquels on ait plus discuté que sur l'aconit et sur sa valeur thérapeutique, et, ce qui a augmenté notre embarras, c'est la faveur avec laquelle les homéopathes ont accueilli ce remède et en ont exagéré la valeur.

Jusqu'il y a une vingtaine d'années, nous nous servions, en France, exclusivement de la teinture de feuilles d'aconit, et je ne sais trop pourquoi on l'appliquait surtout, dans les services de chirurgie, à combattre les premiers effets de l'infection purulente. Cependant les médecins anglais ne cessaient de nous vanter les bons effets qu'ils tiraient, dans les congestions pulmonaires, de l'alcoolature d'aconit.

Nous fîmes, de nouveau, quelques tentatives, mais les résultats furent nuls et l'aconit fut encore abandonné.

Mais le docteur Henri Guéneau de Mussy, en rentrant en France avec la famille d'Orléans, après 1870, nous fit connaître, à la Société de thérapeutipue, la cause de nos échecs. En Angleterre, on ne faisait usage que de l'alcoolature de

racines d'aconit, préparation active, tandis que celle des feuilles est dépourvue de toute activité. A partir de ce moment, nous avons obtenu de l'aconit de beaux résultats, et désormais ce furent l'alcoolature et la teinture de racines d'aconit qu'on inscrivit à notre Codex. Mais bientôt apparut un autre danger : c'est que non seulement ces préparations sont toxiques, mais encore que certaines personnes présentent, pour ce médicament, une telle susceptibilité, que des doses, même faibles, peuvent déterminer chez elles des accidents mortels.

Chaque année, malheureusement, nous avons à enregistrer, soit avec les préparations d'aconit, soit avec l'aconitine, des cas de mort qui ont entraîné souvent des procès fort délicats devant la justice, et cela à ce point qu'on m'affirme que le professeur Brouardel aurait dit qu'il n'oserait jamais prescrire de pareilles préparations.

C'est aller bien loin, et je vais tâcher de démontrer, au contraire, que, dans le traitement de la bronchite, l'aconit peut nous rendre de très grands services ; seulement il faut une extrême prudence dans l'emploi de son administration.

Pouvons-nous, tout d'abord, nous expliquer cette différence d'action entre certaines alcoolatures et certaines autres ? Je crois qu'il faut toujours faire intervenir le moment où a été recueillie la plante et dans quelle région, car c'est là un des points les plus curieux de l'étude des aconitines que nous ont fait connaître MM. Laborde et Duquesnel ; c'est que, avec la même plante, avec la même variété d'aconit, on obtenait des alcaloïdes différents, selon qu'elle avait été recueillie dans les Pyrénées ou dans les Vosges. Il paraît que c'est l'aconit des Vosges qui est la plus active.

Mais il faut bien le reconnaître, c'est là, au point de vue des alcoolatures et teintures, un fait secondaire ; celui qui domine, c'est la susceptibilité de certaines personnes pour ces préparations. Tandis que j'ai vu, chez certains malades,

quelquefois cinq gouttes déterminer le picotement de la langue, premier symptôme de l'intoxication par l'aconit, j'en ai vu d'autres, au contraire, qui pouvaient prendre impunément trente gouttes et même davantage de cette alcoolature, sans en éprouver le moindre effet toxique.

Malheureusement, dans le traitement abortif de la bronchite aiguë, ce n'est qu'à coups de doses massives qu'on peut agir ; on ne pourra donc user de cette médication que chez les personnes qui ont déjà employé de ce médicament et ont pu atteindre des doses élevées sans aucun phénomène d'empoisonnement. Mais, me dira-t-on, qu'entendez-vous par haute dose ? C'est quinze à vingt gouttes en une seule fois, et que je répète deux fois en vingt-quatre heures, dans de la tisane chaude. Il s'agit ici de la dose pour un adulte ; pour les enfants, j'avoue que je maintiens les réserves que j'ai formulées à propos de la thérapeutique infantile, c'est-à-dire que c'est avec une extrême prudence qu'il faut administrer les narcotiques chez ces petits êtres.

Lorsque cette médication est bien supportée, lorsqu'elle est appliquée au début même de la brouchite simple, elle la limite et l'arrête dans sa marche, et, le plus souvent, tout se termine par un simple rhume de cerveau, avant que la bronchite ait atteint la trachée et les grosses bronches.

Cette médication, pour réussir, a un autre inconvénient : il faut la prolonger pendant quelque temps, environ huit jours ; alors survient uue autre série d'accidents déterminés par la persistance de la médication. L'aconit a un pouvoir très net sur le système nerveux, et, s'il calme les zones douloureuses du trijumeau, il détermine, d'autre part, des troubles d'excitation dans certains points de la moelle, qui se traduisent par des contractures portant surtout sur les membres supérieurs. D'autres fois, ce médicament entraîne d'étranges perversions de la sensibilité. Ayant prolongé outre mesure une médication par l'aconit, j'ai gardé, pen-

dant des semaines, une sensation étrange, comme si un trou était fait à ma chaussure, laissant pénétrer sur mes orteils un courant d'air froid.

Je ne parle pas, bien entendu, des phénomènes toxiques déterminés par l'aconitine ; je rappellerai seulement ici le cas de la femme d'un de nos collègues de la Faculté qui, à la suite d'une dose très minime d'aconitine, perdit la sensation de son nez pendant quelques jours.

En résumé, le traitement abortif du rhume simple par l'alcoolature de racines d'aconit demande, pour réussir, à remplir les conditions suivantes :

1° Il ne s'adresse qu'aux adultes.

2° Il ne concerne que les personnes ayant déjà usé de ces préparations et, sur ce point, le médecin ne peut se reposer que sur lui-même. Le malade en effet peut avoir usé précédemment, à très hautes doses, des teintures homéopathiques ou bien encore de l'alcoolature de feuilles ; il faut donc que le médecin sache bien par lui-même, par des tentatives antérieures, la susceptibilité de son malade pour l'alcoolature de racines d'aconit.

3° La médication ne sera jamais prolongée au delà de huit jours, et encore, si les phénomènes nerveux périphériques se produisaient, on cesserait immédiatement l'administration du médicament.

Je crois que, conduite avec cette prudence et avec ces réserves, la médication abortive peut donner de bons résultats ; elle m'en a toujours donné.

A côté de l'aconit, y a-t-il d'autres médications jugulatrices du rhume ? Il eu est une qui a été très vantée par Laënnec : c'est l'alcool, et qui conserve encore ses partisans.

Voici la formule de la potion de Laënnec qui, comme on le voit, a devancé beaucoup Todd dans l'emploi de l'alcool dans le traitement des affections aiguës du poumon :

Bonne eau-de-vie.........	De 30 à 45	grammes.
Infusion de violettes très chaude...	90	—
Sirop de gomme.................	30	—

Cette potion devait être prise aussi chaude que possible en une seule fois.

Quelques médecins affirment lès vertus héroïques de cette préparation, seulement elle réclame un bon estomac, et les tentatives que j'en ai faites sont loin de m'avoir donné d'aussi bons résultats qu'avec l'alcoolature de racines d'aconit.

A ces médications abortives, il faut ajouter, bien entendu, l'ensemble des tisanes et sirops béchiques. La jeune école surtout se montre très sceptique sur la valeur curatrice des tisanes ; sans leur attribuer une action thérapeutique bien active, il faut reconnaître cependant que, dans les rhumes, ces tisanes très chaudes ont une heureuse influence. D'abord, elles calment l'irritation de la gorge par laquelle débute presque toujours le rhume, puis elles entraînent un mouvement sudoral qui, en congestionnant les parties extérieures de la peau, agissent comme de légers révulsifs sur l'ensemble des organes respiratoires. Donc je maintiens l'usage de ces tisanes béchiques chaudes, que je varie le plus possible et que j'associe à un sirop béchique calmant.

Voici la préparation dont je fais le plus souvent usage et dont j'ai donné bien souvent la formule :

Le malade prendra trois fois par jour, le matin, à midi et le soir, le mélange suivant :

Dans une tasse d'infusion de polygala ou de capillaire ou de fleurs pectorales, verser les trois substances qui suivent :

A. Deux cuillerées à bouche de sirop de Tolu...	300	grammes.
B. Une cuillerée à café d'eau distillée de laurier cerise...............................	120	—
C. Dix gouttes d'alcoolature de racines d'aconit.	10	—

Les chiffres de 300, 120 et 10 grammes, représentent la quantité que doit fournir le pharmacien.

J'ai parlé tout à l'heure de révulsifs. Faut-il en faire usage dans le traitement du rhume simple ?

Tout d'abord, il faut repousser le vésicatoire ; il ne s'adresse qu'aux bronchites graves tendant à se généraliser et compliquées de congestions vives du poumon.

Il ne reste plus alors que les révulsifs légers tels que les papiers chimiques, les emplâtres, médicaments dont l'action est des plus douteuses, mais auxquels certains malades attachent une réelle importance. On voit en effet des clients qui sont persuadés que l'application d'un papier chimique sur la poitrine, non seulement les guérit d'un rhume, mais les en préserve.

C'est là une croyance qui n'a rien de dangereux et à laquelle on peut céder sans inconvénient.

Telles sont les quelques réflexions que je voulais présenter à propos du rhume simple sans complications. Ce sont là des choses qui ont été dites bien souvent, mais je tenais cependant à faire connaître mon opinion sur ce point important de la thérapeutique.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du méat hypogastrique chez les prostatiques;

Par le docteur Bazy, chirurgien de Bicêtre.

J'ai, en 1882, pratiqué, et quelques mois après, proposé, dans un travail lu à la Société de chirurgie « sur l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme », et dont mon maître et ami, M. Monod, a bien voulu se faire l'éloquent rapporteur, j'ai, dis-je, il y a douze ans, pratiqué et proposé le méat hypogastrique dans les cas de tumeurs inopérables de la vessie chez l'homme, pour combattre deux symptômes, l'hémorragie et la douleur, mais surtout l'élé-

ment douleur, lié aux envies fréquentes d'uriner, transportant à la vessie un moyen de traitement qui réussit si souvent dans les cancers inopérables du rectum.

Sir H. Thompson avait déjà proposé, il y a vingt ans, la ponction hypogastrique de la vessie sur une sonde introduite par le canal de l'urètre. Depuis, c'est-à-dire en 1887-1888, il a modifié son manuel opératoire, qui se rapproche de celui de la taille hypogastrique, imitant en cela la conduite que j'avais déjà tenue.

Le but qu'il se proposait était « d'arracher un malade à une mort certaine en déviant d'*une façon permanente* le cours de l'urine, lorsque l'urètre est devenu impraticable par le fait de l'affection prostato-vésicale (1) ».

Sans vouloir diminuer le mérite de ceux qui l'ont imité, j'ai cru de mon devoir de rendre à César ce qui appartient à César. Il ne faut pas abuser de la bibliographie, mais encore faut-il en faire un *juste* usage.

Cette opération du méat hypogastrique, telle que je l'avais conçue et exécutée, a été ensuite transportée aux cystites douloureuses, et moi-même, dès 1884, je fistulisais ainsi l'hypogastre d'un jeune homme de vingt ans, atteint depuis quatre ans de cystite intense avec intolérance de la vessie, qui avait résisté à des traitements usités en pareil cas. Ce jeune homme a vécu trois ans ; il est mort de pyélonéphrite suppurative. Il supportait si bien son infirmité, qu'il allait, venait, et même avait, deux saisons de suite, pu chasser, c'est-à-dire se livrer à des exercices fatigants.

J'ai donc quelques raisons d'aimer le *méat hypogastrique*, ce qu'on appelle actuellement, je ne sais trop pourquoi, la *cystostomie hypogastrique*.

Cette année-ci, j'ai fait, quatre fois dans ma clientèle, trois

(1) Sir Th. Thompson, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*. Traduction française du docteur Robert Jamin. Paris, 1889.

fois à l'hôpital, cette même opération pour remédier à des cystalgies très pénibles.

Dans cinq cas, il s'agissait de tumeurs inopérables et, à l'une d'elles, M. Monod me faisait l'honneur d'assister. Deux fois, il s'agissait simplement de cystites douloureuses, et, dans un cas, chez un prostatique.

Vous me pardonnerez, je l'espère, ce préambule un peu personnel ; il était uniquement destiné à montrer que je suis loin d'être l'ennemi du méat hypogastrique, qu'ayant quelque lien de parenté avec lui, je serais assez mal venu à n'en pas dire du bien ; mais vous comprendrez aussi qu'ayant pour lui quelque tendresse, je ne veuille pas le compromettre et compromettre avec lui la santé des malades.

Si donc vous ne me trouvez pas aussi enthousiaste que quelques-uns de nos collègues, veuillez n'y voir qu'un effet de mon éducation chirurgicale et que le résultat d'une pratique un peu différente de celle de quelques-uns d'entre eux.

L'habitude de manier la sonde me donne peut-être un peu de prédilection pour cet instrument ; j'espère vous démontrer qu'on peut s'en servir pour le plus grand bien des malades, un peu plus souvent que ne le pensent les partisans de l'ouverture de la vessie, en d'autres termes que le *drainage de la vessie par les voies naturelles* peut être aussi efficace que le *drainage de la vessie* par une ouverture faite à ses parois.

Le sujet est évidemment difficile à traiter, parce que les éléments de comparaison manquent ; on ne peut pas mettre côte à côte deux individus identiquement atteints et, à l'un, faire un méat hypogastrique, à l'autre, mettre une sonde à demeure ; mais, en prenant des exemples particulièrement graves, je crois que la démonstration peut être aussi complète.

Le traitement dont nous nous occupons ne s'adresse pas

à la prostate, mais aux *symptômes, lésions, accidents*, auxquels donne lieu son *hypertrophie*. Cependant on a dit, et avec raison, que la cystostomie avec fistulisation pouvait avoir pour résultat d'amener la diminution de volume de l'organe ou, tout au moins, le rétablissement partiel ou total de la miction normale.

Ce résultat est obtenu aussi par la sonde à demeure, même dans les cas de rétention complète datant de plusieurs années; j'ai eu à soigner, il y a six ans, un vieillard de soixante-dix-sept ans, du département de la Nièvre, pour une poussée de cystite avec douleurs violentes et hémorragies; il se sondait plusieurs fois par jour, depuis plusieurs années, sur les conseils de M. Guyon. Quand il vint me voir, le sondage était très douloureux et très répété. Néanmoins l'évacuation de sa vessie s'imposait; je lui mis la sonde à demeure; non seulement tous les accidents se calmèrent, mais jusqu'à sa mort, qui survint trois ans après, il urina sans le secours de la sonde. Deux fois seulement par semaine, plutôt par mesure de précaution que par nécessité, il se sondait pour laver sa vessie.

Cette question de l'influence que peuvent avoir sur la prostate les interventions chirurgicales qui s'adressent à la vessie, cette question, dis-je, mise à part, examinons quelles sont les indications de ces interventions, ce mot *intervention* pris dans son sens le plus large, qu'il s'agisse de la taille, ou simplement du cathétérisme.

Ces indications résultent de complications, et uniquement *de complications*; car il n'est, je crois, venu à l'idée de personne de faire une boutonnière hypogastrique à un prostatique vidant régulièrement, facilement, une vessie non infectée ou faiblement infectée.

Ces complications sont, ou communes à tous les urinaires, qu'ils soient vésicaux, prostatiques ou rétrécis, ou bien elles sont spéciales aux prostatiques et dépendent de l'existence

d'une hypertrophie prostatique ou de conditions analogues. J'expliquerai plus tard ce mot de *conditions analogues.*

Parmi les premières complications, celles qui sont communes à tous les urinaires, je note : 1° la douleur ; 2° l'hémorragie ; 3° l'infection ; mais je ne les étudierai que chez les prostatiques.

Ces complications peuvent se montrer isolément ou, au contraire, être associées, ce qui est le cas le plus fréquent ; mais l'une, en général, domine l'autre.

1° La douleur peut revêtir toutes les formes, tous les degrés.

Personne ne me contredira si je dis que quelques lavages bien faits, plus répétés, avec des calmants, un régime sévère, peuvent arriver à triompher facilement des poussées de cystites, même assez sérieuses.

Quand ces cystites s'accompagnent de la production de calculs phosphatiques, même volumineux, tous ceux qui ont l'habitude de la lithotritie seront d'accord avec moi pour dire que la taille est souvent inutile, que la lithotritie suffit à débarrasser ces malades de leurs pierres et de leurs douleurs. Je pourrais multiplier les exemples ; je pourrais vous montrer un malade obligé de se sonder toutes les heures, toutes les demi-heures, avec des souffrances très vives à chaque fois, expulsant des urines glaireuses, rougeâtres, puantes, dormant peu et mal, se mouvant avec la plus grande difficulté, marchant courbé en deux, tourmenté à chaque instant par le besoin d'uriner, avec efforts d'expulsion aussi violents du côté du rectum, au point de se croire plus malade de ce côté que du côté de la vessie ; je pourrais vous le montrer absolument métamorphosé après une séance, rarement deux, de lithotritie et quelques jours de sonde à demeure : le besoin d'uriner s'espaçant de plus en plus, tout ténesme disparaissant du côté de la vessie et du rectum, les urines redevenant à peu près limpides, et cet état pouvant

se maintenir de longues années, si les malades veulent prendre quelques précautions.

Je viens d'opérer un vieillard de soixante-dix-sept ans, venu de la Seine-Inférieure, et dont les souffrances étaient si vives qu'en venant, à chaque arrêt du train, il était obligé de s'arc-bouter sur ses mains pour éviter le retentissement douloureux qu'exerçait cet arrêt sur la vessie. La lithotritie l'a complètement débarrassé de ses pierres et de ses douleurs.

J'ai opéré cette année un vieillard de quatre-vingt-cinq ans, qui ne se sondait qu'avec difficulté et au prix de très grandes souffrances, obligé de se lever chaque fois et passant sa sonde avec effort et une vive expression de douleur. La lithotritie l'a, lui aussi, débarrassé et de sa pierre et de ses douleurs.

La lithotritie me paraît d'autant plus recommandable dans ce cas qu'elle ne s'accompagne pas de shock opératoire comme la taille, malgré la brièveté de celle-ci, et que ses suites en sont plus simples et plus bénignes, du moins chez le vieillard.

Est-ce à dire qu'on ne doive jamais faire le méat hypogastrique ? Assurément non. Je n'ai pas hésité à le proposer cette année-ci et à l'exécuter avec succès sur un homme de soixante-cinq ans, auquel j'avais fait la lithotritie en 1889. Je l'ai faite, quoique la vessie très petite ne se prêtât nullement à la distension ; car ne distendant jamais la vessie, je ne crains pas comme M. Guyon (1) d'une part, M. Tuffier (2)

(1) La crainte de la rupture peut seule la (la taille hypogastrique) contre-indiquer chez l'homme (F. Guyon, *Leçons cliniques sur les affections de la vessie et la prostrate*, p. 960).

(2) On peut cependant le réserver (le drainage périnéal) à ces cas particulièrement douloureux où la distension de la vessie constitue un très grave danger de rupture (*Traité de chirurgie* de S. Duplay et P. Reclus, p. 720, art. Vessie, par Tuffier).

de l'autre, de l'appliquer aux cas où la distension constituerait un danger de rupture.

C'est donc surtout l'état anatomique de la vessie qui doit guider en pareille circonstance, cet état anatomique indiquant l'incurabilité et par conséquent la nécessité d'une fistulisation qu'on peut dire d'ores et déjà permanente.

C'est ce que j'ai fait chez mon malade, et avec succès.

Le symptôme douleur, quoique constituant une indication *puissante* du méat hypogastrique, ne l'est que s'il paraît se lier à un état anatomique, la sclérose vésicale, que s'il est persistant, et surtout s'il se lie intimement *au cathétérisme* comme c'était le cas de M. Diday. Alors pas d'hésitation possible : tout plutôt que la souffrance.

Il faut néanmoins savoir qu'on peut quelquefois se heurter à des refus.

Quand j'ai pris mon service à Bicêtre, j'ai trouvé dans une salle de chroniques un vieillard qu'on m'a présenté comme un urinaire obligé de se sonder. Je lui ai demandé combien de fois par vingt-quatre heures, il m'a répondu quarante fois et je reste encore au-dessous de la vérité. J'ai vu là un cas type de méat artificiel, et le lendemain je l'ai fait venir pour l'examiner ; je lui ai encore répété ma question pour savoir si j'avais bien compris ; j'avais compris. Alors je lui ai montré qu'on pouvait lui éviter cette pénible nécessité de se sonder, qu'il ne souffrirait plus, bref j'ai cherché à lui dépeindre le bonheur de ne plus songer à la sonde ; il faut croire que je n'ai pas été assez éloquent, il m'a refusé net ; il a mieux aimé sa sonde que mon opération. Je n'ai plus trop insisté quand il m'a dit son âge ; il avait quatre-vingt-deux ans. Il est vrai que deux mois après il revenait, mais trop tard pour que je pusse songer à lui faire quoi que ce fût ; il était mort deux jours après.

Un des taillés auquel je fais allusion plus haut et à qui j'avais voulu faire une fistule a détérioré l'appareil que je

lui avais fait faire pour recueillir son urine. Il a mieux aimé pisser souvent et avec quelques douleurs que d'avoir un méat au bas-ventre.

2° Je n'insiste pas sur le symptôme *hémorragie* comme indication de la cystotomie avec méat soit temporaire, soit permanent ; quand l'hémorragie se prolonge, il ne *faut pas hésiter*, que cette hémorragie vienne de la vessie, qu'elle vienne de la prostate.

L'année dernière, j'ai eu l'occasion de la proposer dans ces circonstances ; la famille, pour des raisons que j'ignore, l'a refusée ; le malade est mort.

3° La question des accidents infectieux, considérés comme constituant une indication opératoire de la taille, est, à mon sens, une des plus difficiles à résoudre, qu'il s'agisse de prostatiques, qu'il s'agisse de rétrécis ou de vésicaux, qu'il s'agisse d'infections à forme chronique, qu'il s'agisse d'infections, soit à forme aiguë d'emblée, soit à forme aiguë greffée sur une forme chronique ; mais elle me paraît surtout difficile pour la forme aiguë.

Deux fois, j'ai eu l'occasion de proposer la taille hypogastrique d'emblée pour remédier aux accidents infectieux.

Dans un premier cas qui remonte à 1886, j'ai fait cette taille hypogastrique avec l'aide de mon ami le docteur Pousson (de Bordeaux) ; le malade a succombé, malgré une désinfection rigoureuse de la vessie.

Dans un autre cas qui ne remonte qu'à l'année dernière, il s'agissait d'un malade auprès duquel je fus appelé par notre distingué confrère le docteur Créquy. Ce malade avait été vu par M. Guyon, qui avait porté le diagnostic de néoplasme possible de la vessie, à cause d'hématuries abondantes qu'il avait eues. Il était, au moment de mon examen, en proie à des douleurs violentes, tenant à l'existence d'une cystite ; les envies d'uriner étaient excessivement fréquentes et les mictions très pénibles et sanglantes. Après examen

par la palpation bimanuelle, j'affirmai l'existence d'une tumeur de la vessie très petite et s'implantant sur le côté gauche du bas-fond.

L'existence de cette tumeur et de ces douleurs indiquait une intervention à laquelle il fut convenu que le docteur Créquy préparerait la famille. Mais une huitaine de jours après j'étais rappelé, la scène avait changé ; aux accidents infectieux locaux s'étaient joints des accidents infectieux généraux. En présence d'une pareille situation, je n'hésitai pas à proposer la taille hypogastrique d'urgence comme le meilleur moyen de parer aux accidents d'infection générale qui menaçaient le malade.

Étant donné la gravité de la situation, nous jugeâmes prudent de nons adjoindre M. Périer. Ceci se passait le soir. Le lendemain matin, M. Périer voulut bien se rendre à notre appel ; je lui exposai la situation, et après avoir formulé mon diagnostic, je conclus à la nécessité d'une intervention immédiate, pour conjurer les accidents infectieux, la tumeur vésicale passant au second plan. Après examen, M. Périer se rangea complètement à notre manière de voir et, séance tenante, nous pratiquâmes la taille hypogastrique qui offrit des particularités assez intéressantes. Nous trouvâmes un néoplasme de la forme et dn volume d'une crête de dindon, de consistance ferme, implanté sur le *côté gauche* du bas-fond vésical. Nous l'attirons, et avec lui la portion de vessie sur laquelle il s'insérait ; nous jetons nne ligature sur la vessie et nous coupons en avant du fil. La vessie fut drainée, après lavages répétés, au moyen des tubes de M. Périer.

Notre intervention fut inutile ; trente heures après, le malade mourait de son infection après avoir paru devoir bénéficier de son intervention.

Il est évidemment difficile de tirer des conclusions. On nous dira que nous avons opéré trop tard, mais ici c'est vingt-quatre heures après le début des accidents ; il n'est

guère facile d'agir plus tôt. M. Tuffier nous dit que, dans le cas de mort qu'il a rapporté, il a opéré trop tard ; c'est vrai, puisqu'il y avait un foyer dans la cavité de Retzius ; tous les cathétérismes du monde ne pouvaient rien contre ce foyer ; seule l'incision de la taille pouvait et devait l'ouvrir.

Je ne proscris pas la taille hypogastrique dans ces cas-là, *tant s'en faut*, je suis prêt à la recommencer ; mais j'ai l'impression (je vous demande pardon d'employer cette expression, qui ne devrait pas être employée en langage scientifique, mais toute démonstration est ici impossible), mais j'ai l'impression que les cas d'infection aiguë où la sonde à demeure est impuissante résisteraient aussi à la taille hypogastrique. Est-ce qu'on ne voit pas guérir certaines septicémies par des incisions multiples au bistouri ou au fer rouge sur le membre qui en est le lieu d'origine, et d'autres résister à l'amputation de ce même membre et emporter le malade ? Conclura-t-on plutôt en faveur de l'une ou de l'autre intervention ?

Mais passons.

Je serai plus catégorique en parlant des infections à marche chronique. Ici l'antisepsie par les voies naturelles, l'ablation des corps étrangers par les voies naturelles, par la lithotritie, les lavages abondants avec les grosses sondes, au besoin l'écouvillonnage de la vessie constituent d'excellentes opérations qui tous les jours nous donnent des succès.

J'ai cité, chemin faisant, des cas où la douleur paraissait être l'élément dominant, et ces cas ont guéri sans le secours de la taille hypogastrique.

Or ces malades étaient en plus des malades infectés et fortement infectés.

Le vieillard de soixante-dix-sept ans dont je viens de parler et que je viens de lithotriter était mourant, il y a deux ans, au moment où son médecin le vit pour la première fois, étendu dans son lit, dans un état voisin du

coma, la langue sèche, avec de la fièvre et un pouls rapide ; il allait mourir parce qu'un autre confrère lui avait conseillé de ne jamais se faire sonder. On le fit cependant et l'on ne fit que cela ; l'urine était infecte, et pendant longtemps la chambre, paraît-il, en garda l'odeur. La vessie fut lavée, le cathétérisme répété autant qu'il était nécessaire, le malade remis sur pied. S'il eût été plus aseptique, il n'aurait certainement pas eu besoin de recourir à moi.

J'ai eu occasion de voir cette année-ci un calculeux urique âgé de soixante-seize ans, atteint en même temps de cystite intense, ne vidant pas sa vessie, et profondément infecté, pâle, maigre, ne mangeant plus, vomissant le peu qu'il prenait, expulsant incomplètement des urines puantes, arrivé enfin à un état tel que la mort semblait prochaine, et que je dus dire à la famille, que, quelque aléatoire que fût une intervention, c'était encore la seule chance de le tirer d'affaire. Je lui ai fait la lithotritie avec l'aide de M. Grenier, qui dut donner le chloroforme avec une extrême prudence.

Après lavages abondants de la vessie, je lui mis une sonde à demeure. Dire que toute inquiétude cessa dès le lendemain de l'opération serait exagéré, mais bientôt il reprit le dessus, et aujourd'hui il se porte très bien ; il se soude régulièrement et facilement deux fois par jour, et paraît rajeuni de dix ans.

Dire que je repousse la taille hypogastrique, même dans les cas analogues, serait démentir ce que j'ai dit ici à la séance du 29 juin 1892, à propos des *Calculs enchâtonnés de la vessie;* mais je réserve la taille aux seules vessies difficiles, irritables, reformant trop facilement et trop rapidement des calculs, et chez lesquelles le nombre des colonnes et la profondeur des espaces intercolumnaires ne permettent pas une antisepsie parfaite. Seulement ne faut-il pas encore trop multiplier ces cas et s'en rapporter aux premières apparences.

Car les vieilles vessies enflammées depuis longtemps supportent plus facilement l'infectiou, et lui opposent une barrière plus efficace que les vessies récemment enflammées, dont le prétendu émail (1) épithélial est à peine entamé.

Je passe maintenant à l'étude des complications spéciales aux prostatiques, à celles qui dépendent de l'existence d'une hypertrophie prostatique ou des conditions analogues.

Ces complications sont :

1° L'impossibilité du cathétérisme ;

2° Les fausses routes et surtout les fausses routes multiples avec état infectieux ou non ;

3° Les difficultés renaissautes dans le cathétérisme avec état douloureux ;

4° Enfin la distension vésicale à marche lente avec miction par regorgement et phénomènes d'insuffisance rénale.

1° *Impossibilité du cathétérisme.* — M. Poncet admet ici qu'on fasse une ponction capillaire, comme intervention d'urgence, quaud on ne peut pas mieux faire ; mais si la miction ne se rétablit pas, il faut se hâter d'intervenir, malgré les cas où l'on a vu cette miction se rétablir, ou tout au moins le cathétérisme devenir possible, après plusieurs pouctions.

J'avoue n'avoir aucune expérience sur la matière ; car les différeutes sondes que nous pouvons tous avoir entre les mains m'ont permis *toujours* d'arriver à cathétériser *sans effort* des prostatiques, et à leur laisser ensuite une sonde à demeure. Mais ce que nous observons chez les rétrécis, mes lectures, les conversations que j'ai eues avec des confrères exerçant dans des villes d'eaux où les rétentions ne sont pas rares, me prouvent que ces ponctions répétées n'ont pas la gravité extrême que leur assigne M. Poncet.

(1) Nous savons actuellement, après les expériences que j'ai faites, et que C. Sabatier (Thèse de Paris, 1894) a reproduites, que le pouvoir abondant de la vessie est considérable.

Notre collègue avoue qu'il ne se dissimule pas que les raisons qui ont fait le succès des ponctions subsisteront longtemps encore, « que la ponction est plus à la portée de tout praticien, que la taille mérite d'être apprise, d'être sue, pour être exécutée.

« Ce sont là, ajoute-t-il, des considérations qui, certes, ne devraient pas intervenir dans l'appréciation d'une méthode thérapeutique, cependant on les voit journellement inspirer certains moyens de traitement. »

Je suis absolument de cet avis, et c'est pourquoi je me suis efforcé, pour ce qui me concerne, de simplifier et de réduire au minimum le manuel opératoire de la taille hypogastrique, afin de la mettre à la portée de tous, comme doit l'être toute opération d'urgence, et, d'autre part, de vous soumettre un *modèle de sonde*, grâce auquel j'ai pu arriver à franchir facilement des prostates que la manœuvre du mandrin ne m'avait pas permis de traverser.

Aussi, puisque nous sommes obligés de tenir compte du peu de goût ou d'aptitude des praticiens pour la taille, tâchons de perfectionner le manuel opératoire et l'instrumentation du cathétérisme ; nous répondrons ainsi au desideratum de notre collègue.

En résumé, je crois que cette indication de la taille n'est pas sérieuse.

2° *En est-il de même des fausses routes?* — A en croire certaines personnes, il ne devrait pas y avoir d'hésitation, une fausse route, à plus forte raison deux fausses seraient des indications absolues d'ouverture de la vessie, et ces indications seraient encore bien plus pressantes si la vessie était infectée.

Les faits de la période ancienne ou préantiseptique, des faits récents et de tous les jours prouvent qu'en pareil cas la sonde à demeure rend de très grands services. J'en ai un exemple récent, où toutes les conditions étaient réalisées

pour justifier une taille et où cependant je ne l'ai pas faite, et m'en félicite et le malade encore plus.

Homme de soixante-dix-sept ans atteint de stagnation urinaire avec distension, urinant par regorgement, vessie très infectée, infection générale, fièvre, langue sale, sèche, insomnie, souffrances très vives, tentatives de cathétérisme faites aux environs de Paris, qui n'aboutissent qu'à faire saigner le malade abondamment. Quand je vois le malade, je constate deux fausses routes, l'une au cul-de-sac du bulbe, l'autre dans la prostate. Je mets à demeure, au moyen d'un mandrin, la sonde en gomme n° 21. Écoulement d'urine sanguinolente et purulente, d'odeur repoussante, lavages abondants à l'eau boriquée tiède. L'état général et l'état local s'amendent rapidement. Au bout de huit jours, j'enlève la sonde et veux en passer une autre ; impossible. Je suis obligé d'en replacer une avec le mandrin. La première sonde est placée le 13 août, je remets la seconde le 21. L'état général et l'état local, malgré un peu de suppuration du canal, s'améliorant tous les jours, je retire cette sonde le 31 seulement, et, immédiatement après, je peux passer une sonde en caoutchouc rouge; mais les nouvelles tentatives de cathétérisme, qu'en mon absence on a fait dans la journée, n'aboutissent à rien, et le soir je suis rappelé pour mettre, toujours avec le mandrin, une sonde en caoutchouc rouge, qu'on enlève le lendemain matin. Cette sonde enlevée, toutes les tentatives pour passer avec des sondes de toutes formes sont inutiles, et je suis obligé de replacer la sonde le soir; cette fois-ci, je la laisse et la fixe bien, pour que le malade puisse se lever. Il se lève donc avec une sonde en caoutchouc rouge dans la vessie, qu'il ouvre de temps en temps, toutes les quatre ou cinq heures, quand le besoin d'uriner se fait sentir, bien plus heureux en cela que les cystostomisés.

Au bout d'un certain temps, il peut même descendre se

promener dans le jardin de la maison de santé. J'ai été obligé de maintenir cette sonde jusqu'il y a dix jours; actuellement, le malade se sonde très facilement avec une sonde à béquilles toutes les cinq heures; l'urine est presque limpide, il ne souffre pas, il a tout le temps de préparer ses instruments quand le besoin d'uriner se fait sentir. L'état général est parfait et meilleur qu'il n'avait été depuis de longues années.

Ce tableau que je viens d'essayer de tracer est, croyez-le, celui de beaucoup de prostatiques et de prostatiques graves. Celui-ci est un type à ce dernier point de vue, je vous prie de le croire, et de croire aussi à l'expérience des personnes qui m'ont aidé à le soigner dans la maison de santé où il était.

La sonde à demeure n'est pas *une arme à double tranchant*, comme l'a dit M. Poncet; c'est un drain et un bon drain dans l'immense majorité des cas, et tout le monde peut s'en servir facilement; elle nous rend, tous les jours, des services chez les calculeux, dont la vessie est infectée, et chez lesquels nous la plaçons après la lithotritie. Combien de fois devrions-nous faire la taille dans ces conditions, et combien peu de fois la faisons-nous, pour le plus grand bénéfice des malades! Et cependant la taille serait facile chez eux!

3° Je passe à une autre catégorie de faits, ceux dans lesquels les difficultés du cathétérisme se reproduisent à chaque instant, ceux dans lesquels le cathétérisme est douloureux. Dans ces cas, le changement de la sonde, son remplacement par une autre d'une forme ou d'un calibre différent, le placement de la sonde à demeure, les moyens calmants, l'eau chaude en lavements et applications extérieures vous permettent souvent de franchir heureusement les crises et de revenir à une période de calme.

Si l'état douloureux persiste, si le cathétérisme est dou-

loureux et mal supporté, si surtout il y a des menaces d'infection, alors n'hésitez pas.

On rentre dans la catégorie des vessies douloureuses, et alors, quelque pénible que doive être ou que puisse être l'état d'un cystostomisé, *n'hésitez pas*, il faut ouvrir la vessie et la mettre au repos temporairement ou définitivement.

4° Les cas les plus difficiles de la pratique sont ceux de *distension lente* et, en général, aseptique de la vessie. Depuis Civiale, le traitement de ces cas a exercé la sagacité des cliniciens, et il n'est pas un d'entre nous qui ne soit très impressionné quand il en a un à traiter.

Comme le dit très bien M. Poncet, l'infection est là, qui guette la vessie, qui guette le malade tout entier, pour peu qu'on se relâche de la rigueur des prescriptions de l'asepsie et de l'antisepsie, et même, ajouterai-je, sans qu'on ait la conscience de s'en être écarté un instant.

Cependant la somme de succès que m'a donnée et qu'a donnée à d'autres chirurgiens le traitement par l'évacuation lente et progressive, et même par l'évacuation rapide et en un seul coup, m'autorise à m'en tenir à l'évacuation par la sonde, et uniquement par la sonde. Néanmoins, je peux dire que la diversité des cas est telle, dans cette catégorie de faits, que la cystostomie trouvera peut-être ses indications ; elle les trouverait sûrement dans les cas de vessie infectée, mais, pour moi, ce ne serait, dans tous les cas, qu'une ouverture, qu'un méat temporaire ; car le cathétérisme est, en général sinon toujours, facile chez ces malades. Il est toujours facile, parce que quelques-uns d'entre eux ne sont pas des prostatiques, ce sont des vésicaux ; ils rentrent dans la catégorie des malades atteints, comme le disait Civiale, d'atonie primitive de la vessie. C'est à eux que je faisais allusion en parlant des *états analogues* à celui qui résulte de l'hypertrophie prostatique.

Le tableau des méfaits de la sonde et de la sonde à

demeure est évidemment noirci par les partisans de l'ouverture de la vessie. Il suffit de lire les deux phrases suivantes, dans le travail de M. Poncet (1), pour en être convaincu.

Page 287 : « Je suis certain d'être l'écho de nombreuses générations d'internes qui ne doivent guère avoir souvenance de prostatiques, entrés dans nos grands hôpitaux pour des accidents urinaires graves, sortis guéris. »

Et plus loin, page 289 : « Les seuls urinaires grièvement atteints que j'ai vu guérir à l'hôpital ont été ceux chez lesquels la cystostomie avait été pratiquée sans sondage antérieur et avant toute manifestation septique. »

Il est certain que quand on a eu un tel spectacle sous les yeux, on est disposé à en changer et à chercher autre chose ; mais je suis convaincu qu'aucun de mes collègues n'a été aussi mal partagé que lui, et que ce seraient d'autres considérations qui les guideraient dans la détermination de l'acte opératoire.

Messieurs, toutes les contre-indications du méat hypogastrique que je viens d'indiquer disparaîtraient, toutes mes objections tomberaient si nous étions arrivés à ce degré de perfection que les malades ainsi opérés fussent tous et toujours continents, et qu'ils fussent à l'abri de l'infection, et elles disparaîtront sûrement si ce jour arrive. Encore faudra-t-il tenir compte de la gravité plus grande de la taille. En est-il ainsi ? Non, les uns sont continents, les autres ne le sont pas sans qu'on sache pourquoi. Sont-ils à l'abri des accidents d'infection ? Voyez la relation (2) de l'autopsie de M. Diday et celle de sa vie urinaire après l'opération, très heureusement, très habilement et, j'ajoute, très pertinemment faite par M. Poncet.

(1) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1894, p. 288-290.

(2) *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1894, p. 153

« La miction, soumise à la volonté, s'opérait dès lors uniquement par le méat hypogastrique, sous forme d'un jet en anse dont les dernières parties seules s'échappaient quelquefois en bavant ; c'est à peine si quelques gouttes d'urine ou de muco-pus s'écoulaient encore par l'urètre pénien et seulement de temps à autre, miction nulle au point de vue physiologique et qu'il avait du reste cherché à supprimer le plus possible en raison des douleurs ou des prétendus accidents inflammatoires qu'elle provoquait.

« Le seul *incident* (notez le mot) qui mérite d'être signalé, en dehors de quelques troubles fonctionnels qu'il régularisait par des cathétérismes et des irrigations vésicales toujours pratiquées par le méat hypogastrique, a été la présence de calculs dont l'extraction devint nécessaire en raison des symptômes qu'entraînait leur présence (hématurie, douleurs à la fin de la miction, etc.).

« Le 8 juin 1893, après exploration sous anesthésie, quatorze calculs phosphatiques à forme plus ou moins irrégulière furent extraits par l'orifice hypogastrique débridé en bas. Cette fois encore, les suites furent simples, et dès le 26 du même mois, notre cher malade retrouvait de nouveau la continence. »

Ne vous semble-t-il pas, messieurs, écouter l'histoire d'un prostatique à qui on n'aurait pas fait de cystostomie ? Il y a une différence, cependant, c'est que j'appellerais *accidents et complications* au lieu de ce simple mot : *incident*, la présence de quatorze calculs phosphatiques, les hématuries, les douleurs à la fin de la miction, etc...

Ce n'est pas tout, je continue :

« Le 15 juillet, nouvel accident. Apparition, sans cause nettement appréciable, d'une épididymite gauche qui se termina par résolution. »

Mais je note qu'elle se reproduisit et qu'à l'autopsie on trouve « une épididymo-orchite suppurée à gauche, avec phlegmon chronique périvésiculaire du même côté ».

Je reprends la description :

« Ayant eu, trois semaines ou un mois avant de s'aliter, des envies d'uriner qui paraissaient un peu plus fréquentes et des douleurs à la fin de la miction, M. Diday songeait à réclamer une nouvelle intervention, quand, le 21 décembre, une affection intercurrente vint détourner l'attention de l'appareil urinaire ».

Cette nouvelle intervention était nécessitée par la formation de « trois nouveaux calculs phosphatiques dont le plus gros a le volume d'une noisette. »

J'avoue qu'en lisant cette relation, j'ai été douloureusement impressionné comme homme, mais j'ai été non moins surpris comme chirurgien.

Comment, M. Diday, l'apôtre si convaincu de la cystostomie, avait été réduit à se faire traiter et soigner comme un prostatique qui fait passer une sonde par son urètre naturel ! Je n'insiste pas.

On dit qu'il faut parler fort pour se faire écouter, mais il ne faut pas assourdir les gens. Quand on n'a vu du cathétérisme que les méfaits, on conçoit qu'on s'en méfie et qu'on veuille autre chose.

Il est sans doute très intéressant et très suggestif de donner beaucoup d'observations de cystostomie sus-pubienne, mais il est non moins intéressant surtout pour les malades de n'avoir pas la vessie ouverte ; car loin d'être dans l'alternative de vivre avec une vessie ouverte ou de mourir avec une vessie fermée, beaucoup de malades vous diront et vous *prouveront* qu'ils vivent *longtemps* et *très bien* avec une vessie *fermée*. Seulement ils l'ouvrent de temps en temps au moyen de la sonde, ils la lavent et sont très satisfaits de leur situation.

Le grand nombre de cystostomies avec méat hypogastrique publié en si peu de temps m'a un peu surpris. Les chiffres m'ont paru exagérés, car le méat artificiel ne peut être qu'une dure nécessité et ne doit être qu'une exception.

Comparaison des diverses méthodes de traitement des varices et de leur complication la plus fréquente : l'ulcère (1);

Par le docteur Ch. Remy, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de la maison départementale de Nanterre.

L'OPÉRATION

L'opération que je conseille et que je pratique dans le traitement des varices est l'extirpation complète ou du moins la résection très étendue entre ligatures.

L'opération en elle-même n'a rien de nouveau.

Déjà on trouve dans Galien, *De methodo medendi*, à l'article Varices, la recommandation de lier les vaisseaux malades avant de les exciser.

Dès le septième siècle, Paul d'Égine, médecin grec, décrit en détail la manière de disséquer, de lier, et de réséquer les veines variqueuses en un lieu d'élection au-dessus du genou.

Il ajoute que cette méthode était suivie par ses prédécesseurs.

L'extirpation était employée également. Celse décrit le procédé qui consiste à disséquer les vaisseaux en les laissant béants ou en les cautérisant.

Déjà se discutait la question de la meilleure opération.

Fabrice d'Aquapendente, qui fut une des gloires de l'école italienne dans la deuxième moitié du seizième siècle, eut le mérite d'appeler l'attention sur les défauts de l'extirpation.

Blâmant les pertes de sang inutiles, il recommanda d'employer la ligature de Paul d'Égine.

Il y joignait, d'après les doctrines d'Hippocrate, la ponction des varices pour évacuer le sang fluxionnaire, et, d'après ses idées personnelles, l'application d'astringents pour flétrir et resserrer les vaisseaux dénudés.

(1) Suite. Voir les deux précédents numéros.

Après Fabrice d'Aquapendente, la résection partielle fut seule pratiquée.

Nous ne pouvons mieux exposer les pratiques de ce temps qu'en reproduisant la description nette et explicite, en vieux français, de l'opération des varices par Ambroise Paré (1):

« L'on coupe souventes fois la varice au-dedans de la cuisse, un peu au-dessus du genouïl où la pluspart se trouue l'*origine et production* de la veine variqueuse, car, communément plus bas, elle se diuise en plusieurs rameaux, à raison de quoy l'opération est plus malaisée... Pour ce faire, il faut situer le malade à la renuerse, ayant les iambes étendües non du tout, mais vn peu fléchies.

« Cela faict, on fera vne ligature à la cuisse, vn peu au-dessus de l'ouuerture qu'on y fera et quatre doigts au-dessous, vne autre, à fin de tuméfier la vaine, et dessus le cuir, à l'endroit de la veine, on fera vne marque d'encre pour ne faillir à faire l'incision, laquelle se fera en cette manière : C'est que l'on eslèuera cuir en haut des deux costez et on fera l'incisiô au cuir sus le corps de la veine sans toucher à icelle, où l'on auoit marqué d'encre.

« L'incisiô faicte, la veine sera manifeste à la veüe, et par dessous icelle on passera une aiguille à séton, enfilée à double fil, nô ayant poincte aigüe, mais vn peu ronde, de peur d'inciser la veine, et on séparera les membranes de la veine, tant en haut qu'en bas, puis on desfait les bandages de la cuisse, et après on liera fermement la veine à la partie supérieure, puis le corps de la veine au-dessous de la ligature sera incisé, ainsi que si l'on vouloit faire vne saignée, et par cette ouuerture sera éuacué le sang de la partie inférieure tant qu'il sera nécessaire, et lors on liera la partie inférieure de la veine comme on a fait la supérieure et après on coupera entièrement le corps de la veine entre les deux ligatures, laquelle estant coupée, ses deux extrémitez se retirent et cachent tant d'vn costé que d'autre.

(1) Edition de 1607, *Œuvres de Paré.*

« Et faut noter que la ligature de la veine doit estre laissée jusqu'à ce qu'elle tombe de soy-mesme et, pour les remèdes particuliers, on appliquera vn restraintif, tant sur la playe, comme ès parties voisines et de trois iours ne sera touché à la playe.

« Le reste de la cure se fera comme les autres.

« Autre manière de couper la varice, c'est d'appliquer vn cautère potentiel qui ronge et coupe la veine, puis se retire en haut et en bas; et par ce moyen il y demeure vne *espace vuide* où après s'engendre de la chair; et puis la cicatrice, qui sera dure et espesse, empeschera la fluxion en bouschant le passage de la dite veine.

« Et par ce moyen la veine variqueuse sera guarie. »

A proprement dire, Paré faisait la section entre ligatures, et non par la résection.

La résection des vaisseaux variqueux, même sur une petite étendue, même avec la précaution des ligatures, rencontra, jusqu'à nos jours, une très forte opposition.

Elle eut d'abord contre elle ce que je puis nommer le préjugé humoral.

En effet, les anciens disaient que l'excision des varices peut avoir un retentissement fâcheux sur les organes internes (1), surtout lorsqu'il existe un état mélancolique du sang (2).

Paré, de son côté, donnait ainsi son opinion :

« Il est meilleur de ne toucher aux invétérées parce qu'elles préservent de plusieurs maladies, à cause que le sang regorge aux parties nobles, dont s'ensuit ulcères, chancres et suffocation. »

Puis on l'accusa de manquer son but, de ne guérir ni ulcères ni varices ; on lui reprocha même d'en produire de nouveaux.

---

(1) Galien et Hippocrate.
(2) Avicenne.

Scultet (1) se reproche de l'avoir tentée ; son unique opéré l'accable de reproches. Dionis (2) ne la conseille pas.

Hogdson, dans son important traité sur les maladies des artères et des veines, 1815, rassembla une série de cas funestes.

Quant à l'extirpation, Lisfranc ayant essayé de tirer de l'oubli ce procédé qu'il considérait comme une opération rationnelle, perdit d'infection purulente 3 malades opérés sur 5. Il en résulte que l'extirpation et la résection partielle furent, dès le commencement de notre siècle, unanimement repoussées par Desault, Dupuytren, Vidal de Cassis, Michon, Guérin, Briquet, Nélaton et, depuis l'accident de Lisfranc jusqu'à la période antiseptique, seul Rima osa tenter la résection des varices entre ligatures.

L'emploi des anesthésiques, la sécurité obtenue dans les opérations par les antiseptiques, le renversement des théories anatomopathologiques de Verneuil, ont rendu à ces opérations le rang qu'elles méritaient.

La question est de nouveau posée. Nous préférons la résection large ou extirpation ; d'autres la préfèrent plus restreinte, suivant la méthode de Trendelenburg.

L'*extirpation* a l'avantage de permettre de voir ce qu'on fait.

Elle n'est pas plus dangereuse que la résection au-dessus du genou, en prenant bien la précaution de lier tous les vaisseaux à ouvrir.

Elle répond aux indications fournies par l'anatomie pathologique et la pathogénie.

Elle enlève, avec la veine malade, des tumeurs qui agissent par compression et par usure, et qui peuvent devenir un corps étranger.

Elle fait disparaître la source qui alimentait les capillaires, qui propagent la sclérose et la périphlébite.

(1) *Armamentarium chirurgicum*, 1653.
(2) *Opérations de chirurgie*, 1716.

Elle enlève les plaques d'endophlébite.

Elle a pour effet de forcer le sang à passer par des collatérales plus ou moins obliques et petites, mais sans sanies.

La circulation collatérale supplée facilement à ce canal principal oblitéré ; personne, du reste, ne l'a jamais contesté.

Si même la destruction d'une assez grande étendue de veines superficielles avait pour résultat de diriger le courant sanguin vers les veines musculaires, ce ne serait qu'un avantage ; la compression des muscles volontaires aidera l'effort des muscles lisses pour faire circuler le sang (1).

On ne peut reprocher à notre procédé que d'être laborieux et long, d'exiger une habileté d'anatomiste pour disséquer les veines de la jambe. Il est vrai que la simple résection de quelques centimètres de saphène au-dessus du genou, dans un tissu graisseux, non induré et non adhérent, est plus facile. Mais est-il plus sûr ? Je crois, pour ma part, que la destruction large des veines malades est beaucoup plus rassurante, et je sais que la question de difficulté n'a jamais arrêté un chirurgien.

La *résection partielle* au-dessus du genou a pour résultat immédiat de refaire une valvule artificielle. C'est un moyen palliatif. S'il amène la guérison, il ne l'obtient que par voie détournée. L'ancienne explication des vieux auteurs ne nous suffit plus. Nous savons bien qu'on ne peut couper le mal à son origine ni *séparer les veines de leur nourrice*. En bouchant les passages de la veine, en faisant un barrage, une valvule, on diminue la pression sanguine sur les vaisseaux variqueux. On les met donc dans des conditions favorables pour que leurs lésions puissent rétrocéder ; mais cela ne ferme pas les capillaires sclérogènes, cela ne fait pas disparaître les plaques d'endophlébite, et s'il survient, comme

(1) Verneuil, au contraire, considérait les veines superficielles comme une voie de dégagement et un moyen de soulagement des profondes.

nous l'avons vu, une coagulation sanguine dans les varices où le sang est ralenti, le malade est menacé de phlébite progressive.

Mais cette opération a l'avantage d'être facile, courte, de ne pas nécessiter d'anesthésie profonde ; aussi a-t-elle eu la préférence dès l'antiquité à nos jours.

Seulement, je ne saurais trop le répéter, elle est incomplète.

Je diffère, du reste, des autres opérateurs par la manière d'employer la résection. La plupart attendent des indications résultant de la gravité du mal. Au contraire, je cherche à prévenir le développement du mal et à le faire disparaître dès qu'il se montre.

Aussi puis-je, quand le mal est circonscrit, faire l'extirpation complète. Mais si je me trouve en présence d'un homme variqueux jusqu'au cœur, je me vois forcé de subir le traitement palliatif; et encore, dans ce cas, à la valvule artificielle de la cuisse, joindrai-je l'extirpation des varices de la jambe, pour détruire l'ectasie sclérogène des capillaires.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement abortif de l'érysipèle par la méthode de Juhel Rénoy, la traumaticine à l'ichthyol (1);

Par le docteur Juhel Rénoy, médecin des hôpitaux,
Et Al. Bolognesi, interne des hôpitaux.

POMMADES.

Les corps gras, huiles, pommades, vaselines, associés avec différentes substances, ont une certaine valeur en tant

(1) Suite. Voir le précédent numéro.

que traitement local. Ils diminuent la tension et la douleur de l'exanthème et méritent d'être conservés en tant qu'applications locales, surtout dans les cas où la limitation de l'exanthème est impossible, surtout à la face quand le cuir chevelu commence à être envahi. Mais ils n'ont, en aucun des cas où nous les avons employés, mérité l'étiquette de *médication abortive* de l'érysipèle.

Jorissenne se sert d'une pommade au sublimé.

M. Dujardin-Beaumetz emploie les frictions mercurielles.

M. C. Paul se sert d'une pommade formée de sucrate de chaux et de vaseline à 10 grammes pour 40 grammes.

Hacker fait toutes les heures des frictions avec :

Huile de coco	15g,00
Cocaïne	0 ,30

Tichomirow badigeonne les plaques et leur pourtour avec de la teinture d'iode appliquée trois à quatre fois par jour. Sur les muqueuses, il emploie la glycérine iodée.

Koch badigeonne les parties malades avec la pommade suivante :

Créoline	1g,00
Iodoforme	4 ,00
Lanoline	10 ,00

Konetselke fait des frictions à l'huile phéniquée à 10 pour 100.

Nussbaum emploie la vaseline et l'ichthyol, parties égales.

Klein fait des frictions trois à quatre fois par jour avec une pommade à l'ichthyol à parties égales : par-dessus, on place successivement une couche de gaze hydrophile imprégnée d'eau salicyliquée et une couche d'ouate non dégraissée. Avant l'application de la pommade, on lave les parties malades à l'eau de savon et l'on continue la médication jusqu'à ce que trois ou quatre jours se soient passés sans fièvre.

Quelques observations d'érysipèles traités par la vaseline à la créoline, la vaseline à l'ichthyol, l'huile phéniquée, la vaseline boriquée, montreront que, si ces traitements diminuent la tension et la douleur, ils ne font nullement avorter l'érysipèle, ainsi qu'en témoignent les observations suivantes que nous puisons dans nos notes.

VASELINE A LA CRÉOLINE.

Observation I. — C..., Joseph, cinquante-deux ans. Première atteinte, face. Début 15 juin. Entrée le 18. Température, 39°,5. Traitement : vaseline à la créoline. Apyrexie seulement le 23 juin.

Observation II. — M..., Joséphine, quarante-deux ans. Première atteinte, face. Exanthème le 13 septembre. Entrée le 16. Température, 40 degrés. Apyrexie le 20 septembre seulement.

Observation III. — H..., Prosper, quarante ans. Première atteinte, face. Début le 24 septembre. Malgré l'application de vaseline à la créoline, le malade a eu plusieurs rechutes dans le service et n'est sorti guéri que le 20 octobre.

VASELINE BORIQUÉE.

Obervation I. — M..., Rosalie, dix-neuf ans. Première atteinte, érysipèle facial. Début le 27 février. Entrée et traitement le 1er mars. Température, 40 degrés. Apyrexie et amélioration le 8 mars.

Observation II. — M..., Marie, vingt-neuf ans. Première atteinte, érysipèle de la face, le 24 avril. Entrée et traitement le 27 avril. Température, 39 degrés. Apyrexie le 4 mai 1893.

HUILE PHÉNIQUÉE.

Observation I. — R..., Françoise, vingt-trois ans. Première atteinte, érysipèle de la face, le 3 avril. Entrée et traitement le 7. Température, 40 degrés. Apyrexie et amélioration le 12 avril seulement.

Observation II. — C..., Cécile, seize ans. Première atteinte, face. Exanthème le 7 mai. Entrée et traitement le 8. Température, 40 degrés. Apyrexie le 16 mai seulement.

Observation III. — L..., Céline, vingt-huit ans. Première atteinte, face. Exanthème le 6 février. Entrée et traitement le 7. Température, 40 degrés. Apyrexie le 14. Guérison définitive le 18 février.

VASELINE A L'ICHTHYOL.

Observation I. — B..., J.-Henri, vingt-neuf ans. Première atteinte, érysipèle de la face, le 29 mai. Entrée et traitement le 2 juin. Phénomènes généraux intenses. Malgré la balnéothérapie instituée en même temps, la température reste à 40 degrés jusqu'au 18 juin. Apyrexie le 21 seulement.

Observation II. — L..., Marie, quarante-six ans. Première atteinte, érysipèle facial, le 5 juin. Entrée et traitement le 9. Température, 40 degrés. Apyrexie le 14 juin.

Observation III. — L..., Guillaume, trente-sept ans. Première atteinte, érysipèle facial, le 3 juin. Entrée et traitement le 6. Température oscille entre 39 et 40 degrés. Apyrexie le 18 juin seulement.

Observation IV. — S..., Ernest, quarante-cinq ans. Première atteinte, érysipèle de la face, le 81 juillet. Entrée et traitement le 24. Température, 40 degrés. Apyrexie le 31 juillet seulement.

Observation V. — S..., Xavier, soixante ans. Première atteinte, érysipèle de la face, le 9 juillet. Entrée et traitement le 10. Température, 40 degrés. Phénomènes généraux intenses. Le malade est un éthylique; il meurt le 20 juillet.

Nous sommes loin des conclusions de Klein, de Berlin, qui dit que l'ichthyol arrête le mal, abrège sa durée de moitié, et en atténue notablement la gravité. Les quelques ob-

servations que nous venons de publier, et extraites au hasard des nombreux cas traités par cette méthode, nous dispenseront de tout commentaire.

MÉTHODES AGISSANT PAR COMPRESSION.

Après ces méthodes, où l'application locale d'une substance forme le fond du traitement, voici venir un procédé nouveau : la compression du bourrelet érysipélateux.

Collodion seul ou associé à des antiseptiques. — Depuis longtemps, Robert Delatour avait essayé d'empêcher l'extension de l'érysipèle par une barrière de collodion.

Nous avons également repris cette méthode, et nous avons eu presque toujours des échecs, au point de vue de l'application, car, outre que le collodion est irritant et douloureux, il se fendille et se casse facilement après l'évaporation de l'éther, de telle sorte que la barrière est rompue.

En vue de supprimer la douleur et l'irritation, nous avons circonscrit la plaque érysipélateuse, soit avec le stérésol, le lysol, le sublimé, la teinture d'iode, etc. ; nous avons eu les mêmes insuccès, de même qu'avec l'ichthyol incorporé au collodion. Presque toujours, la barrière était franchie par l'érysipèle, ou bien elle était détruite par la cassure du collodion.

Voici d'ailleurs quelques observations; la première est celle d'un érysipèle récidivé traité au collodion à l'ichthyol ; la deuxième observation, une première atteinte traitée au collodion au stérésol. Dans ces deux exemples, malgré la faveur d'une atteinte antérieure, au point de vue de l'atténuation dans le premier cas, la barrière a été franchie. Il n'en a pas été de même dans le troisième cas, mais là on avait affaire à une forme atténuée primitive qui guérit et avorte sans traitement.

Observation I. — R..., Marthe, dix-huit ans. Deuxième at-

teinte d'érysipèle facial. Entrée à l'hôpital le 4 août. Exanthème la veille. Température, 39°,4. Le 5 août, application du collodion à l'ichthyol. Franchi le 6 août, remis le 7 et franchi à nouveau le 8. Apyrexie le 15 seulement. Sortie le 24 août.

Observation II. — D..., Alexandre, cinquante-sept ans. Première atteinte, érysipèle de la face. Exanthème le 15 août. Entrée le 16 au soir. Température, 39°,8. Traitement le 17 août, franchi le lendemain. Passage aux convalescents le 24 août, sorti le 27.

Observation III. — M..., Joséphine, soixante-neuf ans. Première atteinte d'érysipèle de la face. Exanthème le 17 août. Entrée le 19. Température, 37°,6. Traitement le 20 août. Barrière non franchie. D'ailleurs, pas de phénomènes généraux. La température n'a pas dépassé 37°.6 (température vaginale).

Nous avons connu les mêmes insuccès avec le papier vernissé de Barwel et le diachylon de Wolfler, qui sont d'une application beaucoup plus difficile que celle du collodion.

Nous reparlerons un peu plus loin de l'application de traumaticine simple et de ses résultats ; cette méthode ayant été également préconisée par Wolfler.

VERNIS A L'ICHTHYOL.

Voici une méthode qui se rapproche un peu du traitement par la traumaticine à l'ichthyol, et que nous avons également essayée.

Elle consiste à établir une barrière à la périphérie de l'exanthème à l'aide d'un vernis dans lequel on a incorporé de l'ichthyol. Cette méthode a été préconisée en premier lieu par Unna, de Hambourg, puis Scheninger, Kopp, Schwimmer à l'étranger, Latteux et Chatelain en France. Comme le prouvent les observations qui suivent, cette méthode a donné lieu à de nombreux insuccès.

Observation I. — La nommée B..., vingt-cinq ans. Première atteinte, érysipèle facial. Prodromes le 1er avril. Exanthème le 3. Entrée le 5. Érysipèle intense, phlycténulaire. Urines rares, albumineuses. Température, 40°,3. Application du vernis à l'ichthyol le jour de l'entrée. Barrière franchie le lendemain. Nouvelle application. Même insuccès. Apyrexie le 14 avril seulement. Sortie le 24.

Observation II. — C..., Élisa, quarante-six ans. Première atteinte, érysipèle facial. Exanthème et entrée le 6 avril. Exanthème intense. Albuminurie dans les urines. Température, 40°,6. État typhoïde. Application du vernis à l'iththyol, franchi le lendemain. Balnéothérapie. Apyrexie le 14 avril seulement. Sortie le 24.

Observation III. — La nommée V..., vingt-six ans, entre le 21 avril pour une cinquième atteinte d'érysipèle glacial, grave malgré les atteintes antérieures. Température, 40 degrés. Application de vernis le 23 avril. Barrière franchie le lendemain. Apyrexie le 31 mai. Sortie le 11.

Observation IV. — Le nommé D..., quarante ans. Première atteinte, érysipèle facial. Exanthème le 18 avril. Entrée le 19. Application du vernis le 20. Température, 40 degrés. Barrière non franchie. Apyrexie le 23 avril. Sortie le 28.

Observation V. — B..., cinquante ans. Première atteinte, face. Entrée le 19 avril. Exanthème la veille. Température, 38°,5. Application du vernis le 20 avril. Barrière franchie le lendemain. Apyrexie le 24. Sortie le 2 mai.

Comme on peut le voir, l'application du vernis n'a réussi qu'une seule fois (observation IV), et encore nous pouvons supposer que nous avons eu affaire à une forme abortive. Dans l'observation III, l'insuccès a eu lieu sur une cinquième atteinte.

Nous avons eu constamment des succès dans les formes atténuées primitives dont nous publions une observation.

Observation VI. — Le nommé L..., Georges, trente-six ans, est pris, le 21 avril, de prodromes légers, précurseurs d'un érysipèle facial qui apparaît le lendemain. Entrée à l'hôpital le 22 avril au soir. Première atteinte. Exanthème limité au nez et aux joues. Température, 38 degrés. Apyrexie le 23 avril. Le vernis appliqué le jour de l'entrée n'a pas été franchi.

(*A suivre.*)

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

La cure des buveurs à Ville-Évrard en 1894 (1);

Par le docteur E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Si nous envisageons maintenant les diverses professions exercées par nos 214 buveurs, nous les trouvons toutes représentées, jusqu'à celles de clerc de notaire, de photographe et de coiffeur. Nous nous bornerons en conséquence à comparer notre tableau professionnel avec les métiers qui nous ont jusqu'ici fourni le plus de clients :

Journaliers	33	Maréchal ferrant	5
Marchands de vin	15	Cochers	5
Employés de commerce	14	Terrassiers	5
Garçons marchand de vins	11	Peintres en bâtiment	5
Menuisiers	11	Boulangers	5
Serruriers	9	Epiciers	4
Garçons livreurs	8	Forgerons	7
Comptables	7	Imprimeurs	4
Maçons	7	Jardiniers	3
Cordonniers	5	Bouchers	3

(1) Suite. Voir le précédent numéro.

Le grand nombre de journaliers correspond à ce que nous avons signalé plus haut relativement au chiffre élevé de nos buveurs qui s'étaient intoxiqués exclusivement en prenant du vin au cours de leur travail. Les journaliers, en effet, ont des occupations pénibles et beaucoup, tout à la fois pour se rafraîchir et se donner des forces, absorbent, à diverses reprises dans la journée, un ou deux verres de piccolo. Un autre détail qui frappe dans ce tableau, c'est le nombre considérable d'employés de commerce et de comptables, qui ne sont pourtant pas en contact avec l'alcool et dont les occupations ne sont guère propres à développer la soif, car ces employés de commerce ne voyageaient pas, ils étaient tous des commis attachés à des magasins. Quoi qu'il en soit, la question des professions est d'une importance capitale dans la cure des buveurs. Il est d'une nécessité absolue de rechercher si ce n'est pas elle qui a développé les habitudes alcooliques, car, dans ce cas, son abandon est la condition indispensable de la guérison. En vain, le buveur aura suivi la thérapeutique la plus rationnelle : longue abstinence totale et médication appropriée soit à l'état général, soit à l'état nerveux; il rechutera infailliblement s'il reprend le même métier. C'est ainsi que nos 15 marchands de vin, nos 10 garçons de marchand de vin, nos 8 garçons livreurs et nos 5 cochers, qui s'étaient alcoolisés dans l'exercice de leurs professions, ont été sérieusement avertis du danger qui les menaçait, et leurs familles invitées à leur chercher une autre occupation avant de les retirer.

Le tableau qui suit, relatif à l'âge, montre que l'alcoolisme, à Paris, commence dès l'âge de vingt ans pour croître jusqu'à trente-cinq ans, et décroître à partir de cet âge. Voici les résultats fournis par nos 214 malades :

De 20 à 25 ans.....	9	De 50 à 55 ans.....	14
De 25 à 30 ans.....	40	De 55 à 60 ans.....	6
De 30 à 35 ans.....	50	De 60 à 65 ans.....	2
De 35 à 40 ans.....	34		
De 40 à 45 ans.....	31	Total.......	214
De 45 à 50 ans.....	28		

De ces 214 alcooliques, 1 s'est évadé, 6 ont été transférés et 5 sont décédés, enfin 103 ont été rendus à la liberté comme guéris. Dans mon mémoire sur la *cure des buveurs*, je me suis efforcé d'établir que la guérison de l'ivrognerie n'est possible qu'à la condition de maintenir durant très longtemps, six mois au minimum, les malades au régime de la plus rigoureuse abstinence ; or, après combien de temps ont été effectuées ces 103 mises en liberté par guérison ?

Moins de quinze jours.....	8	De trois à quatre mois.....	15
De quinze jours à un mois.	8	De quatre à cinq mois.....	13
D'un mois à six semaines..	9	De cinq à six mois........	2
De six semaines à deux mois.	19	De six à sept mois........	2
De deux à trois mois......	25	De sept à huit mois.......	1

Dans ce même mémoire sur la *cure des buveurs*, j'ai insisté sur les raisons qui nous obligeaient à signer la sortie malgré notre conviction de l'insuffisance du traitement, raisons tirées de l'absence d'une loi spéciale et des charges de famille des malades. J'ai montré plus haut, en effet, par des chiffres probants, qu'en majorité les ivrognes de ma section spéciale étaient des hommes mariés, pères de plusieurs enfants. Pour tout ce monde, l'isolement du chef de la maison est la misère noire. D'un autre côté, quelques jours à peine après la séquestration, le retour à la raison s'opère, et la loi de 1838 qui nous régit encore ne nous autorise pas à conserver les malades après que ce retour s'est effectué, dans le but de parfaire la guérison et de prévenir la rechute. Nous sommes donc complètement désarmés contre les réclamations et les supplications des épouses et des enfants, qui ré-

clament leurs maris et leurs pères. Aussi répéterai-je ici ce que j'ai déjà écrit ailleurs, qu'il est complètement inutile de construire un asile spécial pour les buveurs si le Parlement ne se décide pas à voter une loi qui permette de les garder tout le temps nécessaire à assurer la guérison de leur ivrognerie.

D'ailleurs, sept de ces buveurs mis en liberté ont déjà rechuté et sont revenus. Ils étaient restés en traitement : deux durant quatre mois, deux durant trois mois, un durant deux mois et demi et deux durant deux mois. Tous les sept ont offert ce point commun d'avoir très rapidement rechuté, dès la première semaine, et d'avoir eu une folie alcoolique beaucoup plus agressive et dangereuse que la précédente ; à tous les sept également, il a suffi d'une bien plus faible quantité d'alcool que précédemment pour bouleverser leur cerveau et y faire germer des impulsions criminelles. Il n'est donc pas contestable, ainsi que je l'ai déjà signalé, que l'abstinence à laquelle on condamne l'ivrogne peut être une arme à deux tranchants, si cette abstinence n'est pas suffisamment prolongée pour chasser toute appétence alcoolique, car alors le sujet se remettra à boire ; mais privé de tout alcool depuis deux ou trois mois, il a perdu, à défaut de sa passion, toute résistance cérébrale aux liqueurs fortes et celles-ci ont sur son cerveau une action terrible, déterminant une ivresse particulièrement violente et impulsive.

Tout décompte fait, notre section spéciale hospitalisait donc au 1er décembre 97 sujets, sur lesquels 74 étaient *en isolement* et 23 *en épreuve ;* je m'explique. Il résulte des confidences de nos sept récidivistes qu'en quittant le quartier où ils avaient été tenus à l'abri de la vue même de tout alcool pour passer brusquement, sans transition aucune, à la vie libre, ils s'étaient trouvés incapables de triompher des multiples occasions de boire qui se présentaient à eux de tous côtés et auxquelles ils n'avaient pas contracté l'ha-

bitude de résister. J'ai été ainsi amené à reconnaître la nécessité de diviser la cure du buveur en deux temps : un d'isolement pour détruire l'appétence alcoolique, un d'épreuve pour habituer les sujets à frôler l'alcool sans y goûter. Le premier se passe dans le quartier spécial d'où l'alcoolique ne sort jamais, le second dans les quartiers de l'asile qu'il quitte pour se rendre au travail dans les ateliers, aux champs ou aux services généraux. Je ne saurais trop recommander cette thérapeutique mixte, absolument indispensable à en juger par l'expérience que j'ai été à même d'acquérir déjà en huit mois. Sur ces 97 sujets restant, un certain nombre paraissent décidés à poursuivre la cure un temps suffisant pour se débarrasser de leur funeste passion. En effet, 12 sont au régime abstinent depuis trois à quatre mois; 11 depuis quatre à cinq mois ; 16 depuis cinq à six mois, et 6 depuis six à sept mois. Il est permis d'espérer que les efforts de ceux-là seront couronnés de succès.

D'autres détails intéressants ont été encore constatés par nous durant ces huit premiers mois d'observation. Dans deux précédents articles sur les *Asiles de buveurs* et l'*Asile projeté pour les alcooliques de la Seine*, j'ai dit combien j'avais été surpris de l'obéissance, de la discipline et de la résignation que j'avais rencontrées chez nos ivrognes. Nous redoutions tous qu'ils ne fussent rebelles à l'abstinence, frondeurs et monteurs de révolte, insubordonnés et réclameurs ; or, ils ne nous ont jamais soulevé la moindre difficulté : leur section est la plus paisible et la mieux ordonnée de la maison ; en huit mois, un seul s'en est évadé. J'ai été étonné également de la facilité avec laquelle le personnel de surveillance a accepté de se soumettre, lui aussi, au régime abstinent, afin que pas une goutte d'alcool, sous quelque forme que ce fût, ne pénétrât dans le quartier. En outre, il n'a pas été sans intérêt de constater, particularité qui ne paraît pas avoir jusqu'ici suffisamment attiré l'attention,

des symptômes très nets d'abstinence non seulement chez les malades, mais aussi chez les gardiens, symptômes consistant en trois ordres de manifestations qui se montrent toujours associées : douleurs de tête, lassitude générale, sueurs profuses. Enfin, nous avons été à même de nous assurer qu'il ne suffisait pas de guérir l'ivrogne de son appétence alcoolique, mais qu'il était utile de substituer à celle-ci une autre appétence inoffensive afin qu'il pût satisfaire au dehors sa soif avec plaisir. Dans un mémoire qui paraîtra sous peu dans la *Revue d'hygiène* sur *le Régime intérieur des asiles de buveurs*, je présente complètement le détail important que nous avons obtenu, et je fournis la formule et le mode de préparation d'un breuvage donnant l'illusion du vin blanc mousseux, que je dois à l'obligeance de M. Ludwig, secrétaire-agent de la Croix bleue et de M. le pasteur Escande.

Ces résultats que nous venons de rappeler brièvement, fournis par huit mois seulement d'exercice, prouvent, me semble-t-il, qu'il y a un grand intérêt à continuer dans des conditions meilleures encore, pendant les trois ou quatre ans que durera la construction de l'asile spécial projeté, l'expérience que nous avons entreprise dans notre service d'hommes de Ville-Évrard. Quand s'ouvrirait la nouvelle maison, on aurait acquis ainsi des données importantes et utiles pour organiser celle-ci.

Mais, de toute évidence, nous disposons d'un chiffre de places trop faible pour assurer le service. En restant tels que nous sommes, de deux choses l'une, en effet : ou, pour recevoir les entrants, nous serons obligés de mettre en liberté les plus anciens du quartier, qui seront rendus ainsi à eux-mêmes beaucoup trop tôt, c'est-à-dire après cinquante jours environ d'isolement dans la section, à en juger par le mouvement qui précède ; ou alors, nous serons contraint de priver des bienfaits du quartier spécial ceux qui auront la malchance

d'arriver quand celui-ci regorgera de clients ; ils devront attendre qu'une vacance se produise.

N'y aurait-il pas moyen de donner à ce service une plus grand extension de façon à lui permettre de satisfaire à toutes les exigences? Si, et même en perfectionnant le traitement. Voici quelles ont été, à l'administration et au conseil général, mes nouvelles propositions qu'ils ont favorablement accueillies et comment sera réorganisé, pour 1895, notre service spécial pour la cure des buveurs.

(*A suivre.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Par le docteur L. Touvenaint.

Les injections intraveineuses et sous-cutanées de sérum artificiel. — Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — Traitement de la chorée.

Les injections intraveineuses et sous-cutanées de sérum artificiel, par de Rouville (*Nouveau Montpellier médical*, 1894). — Dans ce mémoire, l'auteur, partisan convaincu de cette médication, conseille l'emploi de ces injections dans les anémies aiguës post-hémorragiques et le collapsus post-opératoire. Il n'adopte point une formule pharmaceutique unique dans le choix de la solution salée, mais insiste sur la nécessité de rendre l'opération aussi aseptique que possible.

Il emploie, comme instrumentation, un bock à injections vaginales, muni d'un tube de caoutchouc, terminé par l'aiguille fine de l'appareil de Potain.

L'injection est pratiquée dans le système veineux ou sous la peau. Dans les cas graves, la voie intraveineuse est indiquée; dans les cas légers, on peut utiliser la voie sous-cutanée, mais on obtient alors des résultats moins efficaces et moins durables. Il ne faut point temporiser et injecter promptement, et, de toutes

façons, assez de liquide pour constater le retour du pouls, primitivement imperceptible au poignet.

Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés (*Journal des Praticiens*, 1894).

Traitement prophylactique : 1° Combattre, pendant la grossesse, tout écoulement vaginal, et pratiquer avant l'accouchement un large lavage antiseptique.

Après la naissance, lotions des yeux de l'enfant avec une solution chaude de sublimé à 25 centigrammes pour 1 000, et instiller sur chaque œil une goutte du collyre suivant :

Nitrate d'argent	0g,20
Eau	10 ,00

Traitement préservateur de l'œil sain : 1° Propreté absolue, lavages antiseptiques répétés.

2° Éviter l'usage, pour l'œil sain, des instruments et objets ayant servi pour le pansement de l'œil malade.

Traitement curatif : 1° Lavage de l'œil avec une solution antiseptique :

Sublimé	0g,25
Eau	10000 ,00

On le pratique à l'aide d'un tampon d'ouate, exprimé au-dessus de l'ouverture palpébrale, de façon à détacher le pus. Le tampon est ensuite brûlé.

2° Explorer avec soin la cornée, et pratiquer deux fois par jour, si la purulence est faible, des instillations :

Nitrate d'argent	0g,10
Eau distillée	45 ,00

Si la purulence est marquée, applications directes, toutes les douze heures, au crayon de nitrate d'argent ou avec la solution de ce sel :

Nitrate d'argent	0g,20
Eau distillée	10 ,00

Et, dans tous les cas, toucher l'œil avec un gros pinceau chargé d'eau salée.

3° Entre les cautérisations, lavages avec :

Sublimé	0g,20
Eau distillée	1 000 ,00

Ou bien la solution suivante, qui est mieux tolérée :

Permanganate de potasse	1g,00
Eau	1000 ,00

Ces lavages sont pratiqués après avoir entr'ouvert la fente palpébrale et le nettoyage des paupières.

4° Quand cesser les cautérisations? Quand le volume de la paupière est augmenté et quand la sécrétion purulente est devenue séreuse.

Traitement de la chorée (*Tribune médicale*, 1894).

Hygiène prophylactique. — Repos physique et intellectuel; vie au grand air, à la campagne, promenades sans fatigue. Suspendre momentanément la lecture et l'écriture. Isoler l'enfant de ses camarades; éviter d'attirer l'attention sur sa maladie, ne pas lui adresser d'observations sur sa maladresse, ses grimaces.

Tenir l'enfant à l'abri du froid et de l'humidité; lui faire porter de la flanelle.

Alimentation légère et d'une digestion facile; supprimer les excitants.

Maintenir la liberté du ventre.

A. Chorée chez un neuro-arthritique.

1° Donner trois cuillerées à dessert par jour de la potion suivante :

Salipyrine	10 grammes.
Bromure de strontium	20 —
Sirop d'écorces d'oranges	100 —
Eau de tilleul	200 —

2° Pendant vingt jours par mois, prendre, au moment de chaque repas, une des pilules suivantes :

Arséniate de fer......................	0g,002
Extrait de jusquiame..................	0 ,01
— quinquina..................	0 ,05

F. S. A. — Une pilule n° 50.

3° Tous les soirs, en se couchant, prendre une tasse de *tisane de valériane* (16 grammes de racines pour 500 grammes d'eau, sucrer avec du sirop de fleurs d'oranger).

4° S'il n'y a pas de complications cardiaques, faire tous les matins des lotions tièdes d'abord, puis froides, avec de l'eau aromatisée avec de l'alcool de lavande. Friction sèche ensuite au gant de flanelle.

5° Si les mouvements choréiques deviennent trop violents, un *bain galvanique* tous les deux jours, d'une durée de cinq à dix minutes.

6° Si le sommeil était compromis, prendre le soir une cuillerée de :

Hydrate de chloral...............	2	grammes.
Sirop de morphine..............	20	—
Eau de fleurs d'oranger..........	80	—

7° Couper la boisson avec de l'eau de Vals.

Faire chaque année une saison à Néris-les-Bains, Ussat ou Lamalou.

B. Chorée chez un lymphatique.

1° Donner trois cuillerées par jour de :

Salipyrine.....................	10	grammes.
Bromure de strontium...........	20	—
Sirop d'écorces d'oranges........	100	—
Eau de tilleul..................	200	—

2° Au moment du repas, prendre un verre à liqueur de la préparation suivante :

Glycéro-phosphate de fer........	5 grammes.	
Sirop d'écorces d'oranges.......	100	—
Vin de quinquina.............	} ãã 200	—
— kola		

3° Tous les jours, prendre soit un bain sulfureux, soit un bain salé.

4° Couper la boisson avec de l'eau de La Bourboule.

Faire chaque année une saison à Luchon, Cauterets, Eaux-Chaudes, Salins ou La Bourboule.

BIBLIOGRAPHIE

Technique pratique de l'épilation par l'électricité, par HAYES, BERGONIÉ et DEBEOAT. Chez O. Doin, éditeur à Paris.

Dans cette petite brochure fort intéressante, les auteurs exposent la technique à employer pour pratiquer l'épilation par l'électricité; c'est une méthode qui donne des résultats très brillants, et qui est appelée à se répandre de plus en plus.

Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles pour 1895, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN. Chez J.-B. Baillière et fils, éditeurs à Paris.

Voici la sixième édition de ce formulaire. L'auteur y a fait de nombreuses et importantes additions qui l'ont mis complètement au courant des plus récents progrès de la thérapeutique.

Le Massage (Manuel théorique et pratique), par le docteur Georges BERNE. Rueff et Cᵒ, éditeurs.

Dans cet ouvrage, récemment paru, l'auteur s'est efforcé d'exposer avec clarté, simplicité et méthode, la science massothérapique. La plupart des chapitres sont accompagnés de documents à l'appui, tirés soit de l'expérimentation du laboratoire, soit de l'observation des malades en traitement. De nombreuses recherches personnelles à l'auteur donnent au travail de Georges Berne un caractère tout particulier d'originalité. Mentionnons le *traitement de la constipation*, le *traitement des fractures par le massage*, les procédés *de l'éclatement* dans le traitement de l'hydarthrose, celui *du genou* dans le traitement de la sciatique, de *la rotation* dans le traitement de l'entorse. Ce livre marque

une étape dans l'évolution de la massothérapie dans le sens scientifique; nous constatons que l'auteur n'a rien négligé pour prouver que la massothérapie, telle qu'elle est actuellement exercée en France, n'a rien à envier à cette science si en faveur à l'étranger, où elle a été trop fréquemment exercée, à la vérité, avec moins de rigueur scientifique et moins de précision.

De nombreuses figures, gravées ou photographiques, ornent l'excellent travail de Georges Berne.

Cancer du sein, par Ch. Monod et F. Joyle. Un volume de la Collection Charcot-Debove. Chez Rueff et Ce.

Une bonne monographie, comprenant la pathogénie du cancer en général et l'étude détaillée de chaque forme : carcinome, sarcome, épithéliome. Le volume se termine par la statistique des cancers opérés et suivis par le docteur Monod depuis 1877, et par un index bibliographique fort complet.

Actinomycose, par Guermonprez et Bécue. Chez Rueff et Ce, éditeurs à Paris.

Monographie fort complète de l'actinomycose, traitée avec beaucoup d'érudition et de soin. Le chapitre des indications prophylactiques est des plus intéressants.

Des anévrismes et de leur traitement, par le docteur J.-B. Duplaix. Chez Rueff et Ce, éditeurs à Paris.

Dans ce travail, l'auteur ne s'occupe que des anévrismes artériels circonscrits, et il pose d'abord ce principe, c'est que, sans artérite, il n'y a pas d'anévrisme, et que celui-ci est un des aboutissants de cette maladie du système artériel. Le chapitre consacré au traitement est très étendu et indique avec détails la marche à suivre.

Traitement du lymphatisme et de la scrofule, par C. Paul et P. Rodet. Chez Rueff et Ce, éditeurs à Paris.

Les auteurs, après avoir passé en revue les différentes manifestations du lymphatisme, indiquent, pour chacune d'elles, le traitement qui doit lui être appliqué. Dans une seconde partie, ils énumèrent les différentes stations climatiques où l'on doit adresser les sujets lymphatiques, suivant la catégorie à laquelle ils appartiennent. Le traitement hydrominéral forme un des chapitres les plus importants.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.



DUJARDIN-BEAUMETZ

DUJARDIN-BEAUMETZ

A la fin d'octobre 1893, mon maître Dujardin-Beaumetz, se reprenant à la vie grâce au talent chirurgical et au dévouement de son ami Terrier, m'offrait, de Beaulieu-sur-Mer où il était encore convalescent, de devenir son collaborateur et de prendre, au *Bulletin général de thérapeutique*, le poste de secrétaire de la rédaction qu'il avait occupé pendant vingt ans. J'acceptai avec empressement ce témoignage de confiance et d'estime, tout en manifestant au Maître mes craintes de ne pas être à la hauteur de la tâche. Mais bien loin de moi était la pensée qu'il m'incomberait au bout d'un an, comme secrétaire de la rédaction, la douloureuse mission de faire, en tête de ce journal, un article nécrologique sur celui qui en fut l'âme et le souffle vivant pendant vingt-deux ans. Maintenant que s'est éteint le Maître qui nous entraînait tous par son étonnante activité et par son élan communicatif, je sens plus encore combien lourde est ma tâche de rappeler aux lecteurs du *Bulletin* la vie toute de travail et de dévouement de Dujardin-Beaumetz. J'espère, cependant, que la profonde reconnaissance et le cordial attachement que j'avais voués à celui qui fut pour moi un Maître et un ami, m'aideront à rendre à sa mémoire un hommage digne de lui, et à montrer à ceux qui n'ont pas eu, comme moi, le bonheur de l'approcher de près, l'homme du devoir, le médecin,

le professeur, le thérapeute et l'hygiéniste que la science, ses élèves et le pays pleurent ensemble aujourd'hui.

Reçu interne des hôpitaux en 1858, Dujardin-Beaumetz fit partie de la fameuse salle de garde de la Charité, qui a laissé dans l'internat des souvenirs impérissables de goût artistique. Dans l'intimité, le Maître aimait à rappeler cette année d'internat, et citait volontiers le couplet de la chanson de la Charité dont son besoin d'activité faisait les frais.

Docteur en 1862, nommé, en 1865, chef de clinique de Béhier, en 1870 il arrivait brillamment médecin du Bureau central. Pendant le siège de Paris, il fut attaché comme médecin-major au 84e bataillon de marche; c'est en cette qualité qu'à la bataille de Montretout il se distingua de telle façon qu'il fut cité à l'ordre du jour et décoré sur le champ de bataille.

En 1873, Dujardin-Beaumetz prenait le secrétariat de la rédaction du *Bulletin général de thérapeutique*, poste qu'il ne devait quitter que vingt ans plus tard pour celui de rédacteur en chef. Pendant ces vingt années, les lecteurs du *Bulletin* ont pu apprécier l'étonnante facilité de travail et d'assimilation de Dujardin-Beaumetz, clinicien, thérapeute et hygiéniste. Nous n'entreprendrons pas de rappeler tout ce qui a paru dans ce journal sous la signature du Maître; il nous faudrait feuilleter numéro par numéro toute la collection.

Quelques années plus tard, Dujardin-Beaumetz inaugurait à l'hôpital Saint-Antoine ses *Leçons de clinique thérapeutique*. Je vois encore le semblant d'amphithéâtre où il réunissait ses premiers auditeurs ; au début, leur nombre

était restreint. Personne alors ne croyait à la thérapeutique ! Passer un an d'internat chez Beaumetz n'était pas alors, dans les salles de garde, regardé comme un sort bien enviable ! Faire de la thérapeutique, à quoi bon? A cette époque, en effet, on ne jurait que par le microscope, le laboratoire et l'histologie. Que les opinions ont changé ! Beaumetz, lui, avec son bon sens, prévoyait le mouvement scientifique, et il en prit la direction.

Toujours à l'affût du progrès, devinant avec un tact étonnant la voie à suivre, rien ne lui était étranger, rien ne le trouvait indifférent. Reconnaissant l'utilité de l'anatomie pathologique et de l'histologie pour éclairer la pathogénie, un des premiers et toujours des plus ardents partisans des découvertes de Pasteur et des travaux de ses élèves, demandant à la chimie son aide et ses lumières, s'intéressant à la bactériologie au point d'organiser de ses propres deniers un laboratoire de microbiologie dans son service, Dujardin-Beaumetz se rendait compte que toutes les nouvelles acquisitions des sciences dites *accessoires de la médecine*, que toutes les nouvelles voies ouvertes devaient converger vers un but unique : le diagnostic plus précis, la prophylaxie mieux comprise, la thérapeutique raisonnée et le soulagement des malades mieux assuré.

Rapidement les leçons de clinique thérapeutique de Saint-Antoine attirèrent, malgré l'éloignement, un grand nombre d'élèves. La parole chaude et entraînante, le mot toujours juste, l'expression souvent pittoresque, l'allure franche et ouverte, la courtoisie parfaite et l'extrême bienveillance, le génie vulgarisateur et l'élan communicatif, la logique pratique et le bon sens familier, l'esprit prime-

sautier et ouvert, une étonnante facilité d'assimilation et de travail, une honnêteté scientifique scrupuleuse, un dévouement et une amitié des plus sûrs, telles furent les qualités qui firent de Dujardin-Beaumetz un des maîtres les plus appréciés, les plus estimés et les plus aimés de ses innombrables élèves.

C'est à Saint-Antoine que furent professées les *Leçons de clinique thérapeutique*, qui forment trois volumes, dont six éditions successives ont été enlevées et qui ont été traduites en russe, en espagnol, en grec et en anglais.

Le succès du professeur libre de clinique thérapeutique grandit encore quand Dujardin-Beaumetz quitta Saint-Antoine pour Cochin, où il organisa une véritable clinique modèle.

Qui ne connaît, tout au fond des jardins de Cochin, les baraques en bois où, il y a quelques jours encore, était le service du Maître regretté ? A côté des salles renfermant plus de cent vingt lits, Dujardin-Beaumetz avait trouvé le moyen de faire construire des laboratoires, un amphithéâtre de leçons, d'installer des services d'hydrothérapie, d'électrothérapie, de massage, de gymnastique médicale, une collection de matières médicales, etc. Certes, l'administration a beaucoup fait, mais combien de fois le Maître n'a-t-il pas fait lui-même les frais de maintes installations profitables aux malades et utiles aux élèves?

C'est dans ce service de Cochin, qu'avec une régularité exemplaire, malgré ses nombreuses occupations, malgré le grand nombre de ses consultations en ville, Dujardin-Beaumetz, chaque matin, faisait la visite, ayant un

mot pour chacun, interrogeant tous ses élèves, leur faisant lire les observations, les obligeant à formuler un diagnostic, un pronostic et un traitement, redressant les erreurs avec bonhomie, enseignant avec entrain, mettant les élèves aux prises avec les difficultés de la profession à la ville comme à l'hôpital, réconfortant et consolant les malades au passage.

C'est dans ce service que, chaque année, au printemps, Dujardin-Beaumetz attirait autour de lui, pour ses leçons, de nombreux élèves et tous les médecins étrangers de passage à Paris ; l'amphithéâtre était trop petit pour les contenir tous. Claire, nette, pratique, pleine d'entrain, d'élan, de feu sacré, chaque leçon était un triomphe.

C'est à Cochin que furent professées, pour être ensuite publiées au *Bulletin de thérapeutique*, puis réunies en volumes, les leçons sur *les Nouvelles Médications, l'Hygiène thérapeutique, l'Hygiène prophylactique, l'Art de formuler, le Traitement des maladies du foie.*

Hélas ! la terrible grippe de l'hiver 1889-1890 frappa Dujardin-Beaumetz un des premiers et ébranla fortement sa santé ; depuis lors, il dut, à son bien grand chagrin, se tenir souvent éloigné de son service, de ses élèves et de ses malades, qu'il aimait comme des enfants.

Douter de l'affection que Beaumetz savait inspirer à tous ceux qui l'approchaient, malades et élèves, n'est permis qu'à ceux qui n'ont jamais assisté à la fête de saint Georges dans le service de la clinique de Cochin, et qui n'ont pas vu plus de trois cents de ses élèves, de ses collègues et de ses amis réunis autour de lui pour fêter sa nomina-

tion au grade de commandeur de la Légion d'honneur, à la suite de l'épidémie de choléra de 1892.

Essentiellement bon et compatissant pour les malheureux confiés à ses soins, bien pénétré de cette pensée que soulager la douleur est œuvre divine et que, quand le médecin ne peut guérir, il doit, du moins, empêcher de souffrir, Dujardin-Beaumetz ne voyait dans la thérapeutique que le moyen de remplir ce sublime devoir. A ceux qui, probablement parce qu'ils ne connaissaient pas notre Maître, ont pu insinuer qu'il faisait des expériences sur ses malades, nous opposons le démenti le plus formel. Ceux-là n'ont jamais vu Dujardin-Beaumetz goûtant lui-même et nous invitant à goûter tous les produits qui lui étaient soumis; peu d'entre nous, je dois l'avouer, suivaient l'exemple du Maître. Aujourd'hui, je me demande si cette habitude n'a pas été pour quelque chose dans l'altération de ses voies digestives. C'est avec le plus grand soin que toute substance nouvelle était essayée sur les animaux d'abord, puis prudemment sur lui-même par l'élève qui s'était chargé des recherches, enfin, à bon escient, sur les malades, et encore avec quelle prudence !

Affable et courtois, le Maître accueillait tout le monde, écoutait, autant que sa vivacité le lui permettait, les projets de chacun. S'il était aussi accueillant, certes, cela tenait beaucoup à son naturel; mais combien aussi à son désir insatiable de marcher toujours en avant, d'enrichir la thérapeutique de nouvelles armes contre la mort et la souffrance !

A ceux d'entre nous qui lui reprochaient affectueusement sa facilité d'accueil pour toute substance ou mé-

thode nouvelles, il répondait que pour savoir ce qu'une chose vaut, il faut l'avoir expérimentée ; que si, sur vingt substances, il n'y en a qu'une d'utile, le seul moyen de la distinguer des autres est de les étudier toutes.

Nous ne pouvons rappeler ici toutes les substances, toutes les méthodes que Dujardin-Beaumetz a étudiées ; innombrables sont les thèses qui ont été faites dans le service de clinique thérapeutique de Cochin sous l'inspiration et la direction du Maître.

En 1880, Dujardin-Beaumetz était entré à l'*Académie de médecine* dans la section de thérapeutique et d'hygiène ; assidu aux séances, il y faisait de nombreuses communications, prenait une part active aux travaux de l'Académie, animait les discussions de sa parole gaie et primesautière et sut se montrer toujours adversaire courtois et bienveillant, incapable d'une rancune.

Au nombre des fondateurs de la *Société de thérapeutique*, il contribua, pour une très large part, par son infatigable activité, par ses nombreux travaux, au développement de la Société.

Rappeler les travaux et les communications de Dujardin-Beaumetz à l'Académie, à la Société de thérapeutique et aux diverses sociétés qu'il anima de son souffle, serait tenter un travail trop important pour pouvoir le faire ici complètement.

Si les malades perdent, en Dujardin-Beaumetz, un médecin éminent, un consolateur, un défenseur et un ami, si les élèves perdent un maître consciencieux, un professeur brillant, un guide sûr et un modèle d'honneur et de travail, si la science perd un pionnier infatigable, la ville de

Paris fait, elle aussi, dans Dujardin-Beaumetz, une perte irréparable.

Membre du Conseil d'hygiène publique et du département de la Seine, depuis 1880, Dujardin-Beaumetz se dévoua, se multiplia comme pas un. En 1884, avant l'invasion de Paris par le choléra, nous fîmes, sous sa direction, dans les annexes de son service, toutes les expériences de désinfection. Poussé par son esprit pratique, lui-même s'assurait des moindres détails d'exécution, notait les résultats, les faisait contrôler sur place par Pasteur et par Roux. Cochin fut ainsi le berceau de la désinfection. En même temps, Dujardin-Beaumetz s'occupa de la construction et de la désinfection des voitures pour le transport des cholériques, de l'installation d'étuves, de l'organisation des équipes de désinfecteurs, etc. En un mot, il fut le grand organisateur de la prophylaxie. Malgré tout, le fléau atteignit cruellement la grande ville. Ayant eu l'honneur d'être l'interne de Dujardin-Beaumetz en cette année 1884, nous savons mieux que quiconque combien il a payé de sa personne. Toujours prêt à marcher, toujours sur la brèche, jour et nuit, sitôt que de la préfecture on lui téléphonait l'existence d'un nouveau foyer, il partait, sacrifiant sa clientèle, ses intérêts au bien général et, le matin, il était néanmoins à son service d'hôpital, voyant d'abord ses malades ordinaires, puis les cholériques du service annexe dont il avait accepté la direction. Tel nous avions vu notre Maître en 1884, tel nous l'avons retrouvé en 1892, puis en 1893, venant lui-même voir, à la maison de Nanterre, nos cholériques et nos typhiques.

Outre de nombreux rapports sur les questions courantes,

Dujardin-Beaumetz fit, chaque année, au Conseil d'hygiène, un rapport sur la rage ; en 1884 et 1892, il rédigeait les rapports sur le choléra ; en 1884, non seulement il présida à toute l'organisation matérielle des moyens de prophylaxie, mais créa le service des médecins délégués des épidémies ; en 1892, il obtint de l'administration et du conseil municipal la création du Comité permanent des épidémies qui se réunit chez lui, sous la présidence de M. Léon Colin, chaque fois qu'il en fut besoin : choléra, typhus exanthématique, variole, pneumonie infectieuse ou fièvre typhoïde. Bien convaincu qu'hygiène publique et autorité sont inséparables, il obtint, la même année, la création du service des médecins inspecteurs des épidémies, *missi dominici*, chargés d'assurer pratiquement, sous l'autorité du préfet de police, les décisions du Comité des épidémies.

L'œuvre de l'hygiéniste ne le cède en rien à celle du thérapeute.

Travail sans trêve ni merci, telle fut la devise de Dujardin-Beaumetz. Homme de devoir avant tout, considérant qu'il se devait tout entier à ses malades et aux charges de sa position, il ne trouva jamais le temps de penser à lui. Jusqu'au dernier moment, bien que sentant ses forces le trahir, bien que se rendant exactement compte du peu de jours qu'il lui restait à vivre, il fit preuve d'activité, s'occupa du *Bulletin* et du *Dictionnaire de thérapeutique*. Victime de sa glorieuse carrière, il s'est éteint dans les bras de Mme Dujardin-Beaumetz et de son fils Édouard, qui voudront bien trouver, je l'espère, dans les lignes qui précèdent, l'expression de l'affection profonde que j'avais vouée au Maître qui n'est plus. SAPELIER.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement abortif de l'érysipèle par la méthode de Juhel Rénoy, la traumaticine à l'ichthyol (1);

Par le docteur Juhel Rénoy, médecin des hôpitaux,
Et Al. Bolognesi, interne des hôpitaux.

TRAITEMENT ABORTIF DE L'ÉRYSIPÈLE PAR LA TRAUMATICINE A L'ICHTHYOL.

Avant d'aborder la description du traitement abortif de l'érysipèle par la traumaticine à l'ichthyol, il nous a paru bon de dire quelques mots de la traumaticine, et de montrer comment l'*un de nous* fut amené à associer la traumaticine à l'ichthyol.

La traumaticine est une solution de 1 partie de gutta-percha purifiée dans 9 ou 10 parties de chloroforme. Doyon nous apprend, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (1881), que c'est le professeur Auspitz (de Vienne) qui, le premier, eut l'idée de remplacer la gélatine par la traumaticine, comme excipient dans le traitement local des affections cutanées.

« Cette préparation adhère parfaitement à la peau et reste deux ou trois jours sans modification. La traumaticine forme une pellicule mince, plus délicate que le collodion, ne déterminant ni tension ni sensibilité.

« Elle constitue, en réalité, un moyen neutre d'application et de protection.

« Des badigeonnages faits avec une solution à 10 pour 100 n'ont jamais provoqué d'irritation, même appliqués sur des surfaces considérables, ni chez les enfants, ni chez les vieillards.

(1) Suite et fin. Voir les deux précédents numéros.

« Elle exerce aussi une pression bien plus régulière que la gélatine, et en raison de la nature molle, élastique, de la gutta-percha, elle s'applique parfaitement.

« Aussitôt qu'il eut connaissance de l'application ingénieuse faite par le professeur Auspitz, M. le docteur Besnier a mis les expérimentations en acte dans son service de l'hôpital Saint-Louis. Il fit des applications avec un mélange de traumaticine et de chloroforme, contenant de l'acide chrysophanique aux doses indiquées par Auspitz (10 pour 100 de gutta-percha et 10 pour 100 d'acide chrysophanique).

« Les applications furent faites avec un pinceau de soies de porc (pinceau commun des peintres en bâtiments). Cette application donna lieu à une sensation de chaleur ou de cuisson très supportable et très passagère. » (Doyon.)

C'est dans le service du docteur Besnier, son maître, que Juhel Rénoy apprit l'emploi de la traumaticine.

En étudiant, dans son service de l'hôpital temporaire d'Aubervilliers, le traitement local mécanique de l'érysipèle, le docteur Juhel Rénoy essaya de traiter cette affection par la traumaticine.

Dans son article de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (1893) consacré à ce traitement, Juhel Rénoy dit que Barwel avait pensé, en appliquant du papier vernissé à la limite des zones malades, priver d'oxygène les érysipélocoques.

Wœlfler, qui a adopté ce traitement mécanique, n'a pas tardé à se convaincre que ce n'était pas l'exclusion de l'air, mais bien la compression qui formait l'essentiel du procédé, ce qu'il a fait en circonscrivant l'exanthème avec du collodion.

C'est là un traitement vraiment mécanique que, déjà, Robert de Latour avait mis en œuvre au moyen du collodion.

Cette méthode purement compressive a été l'objet de nombreux essais faits par nous et notre maître dans son

service, mais elle parut insuffisante, aussi Juhel Rénoy ne l'adopta-t-il qu'en partie.

Il essaya de circonscrire la plaque érysipélateuse avec la traumaticine simple, puis associa des agents antiseptiques à la traumaticine, acide phénique, sublimé, salol, lysol, etc.

Ces traumaticines furent l'objet de nombreux échecs.

L'ichthyol ayant été employé par S. Klein avec succès, puisque, d'après cet auteur (1), cette substance arrête le mal, abrège sa durée de moitié et en atténue notablement la gravité, Juhel Rénoy voulut se rendre compte de la valeur de ce procédé.

L'ichthyol ou sulfo-ichthyolate de soude est un des produits de la distillation d'une roche bitumineuse provenant de dépôts de poissons fossiles de Siefeld, obtenue par l'action sur cette roche de l'acide sulfurique concentré. De la couleur du goudron, d'une odeur désagréable, d'une consistance molle, l'ichthyol est soluble (en partie) dans l'alcool et l'éther; mais si l'on mélange ces deux liquides, il est (complètement) soluble. C'est un corps qui ne contient pas moins de 10 pour 100 de soufre.

Avant de traiter l'érysipèle de la face par la traumaticine à l'ichthyol, nous avons essayé d'employer cet agent seul ou associé à d'autres substances.

Nous avons traité d'abord l'exanthème érysipélateux en le couvrant d'un mélange à parties égales de vaseline et d'ichthyol. Nous avons obtenu une détente au point de vue local, un soulagement pour le malade; mais l'affection n'en suivit pas moins son cours et, comme nous l'avons montré plus haut avec observations à l'appui, il n'y eut pas d'*avortement* de la lésion.

Le docteur Juhel Rénoy essaya ensuite d'incorporer l'ichthyol aux vernis de Unna (de Hambourg). Nous avons obtenu

(1) *Berl. Klin. Wochenschr*, n° 39, p. 959, 21 septembre 1891.

quelques résultats, mais nullement merveilleux. C'est alors que Juhel Rénoy eut l'idée d'employer à la fois la méthode mécanique, compressive, due à la traumaticine, et le pouvoir parasiticide de l'ichthyol de S. Klein.

Nous avons pu obtenir par cette méthode des résultats dans plus de la moitié des cas.

En présence de ces résultats, l'emploi des traumaticines simple, phéniquée, salolée, sublimée, lysolée, stérésolée, etc., fut repris comme contrôle dans le service des érysipélateux, car il s'agissait de bien se rendre compte de la valeur de la traumaticine à l'ichthyol comparée à celle des autres traumaticines. Grâce aux nombreux malades atteints d'érysipèle reçus chaque jour à l'hôpital temporaire d'Aubervilliers, la comparaison fut facile à faire. Elle fut tout à fait en faveur de la traumaticine à l'ichthyol.

On traita les diverses formes de l'érysipèle : forme franche, légitime ; forme grave, typhoïde ; forme atténuée primitive ; forme atténuée secondairement par une atteinte antérieure. Dans les formes franches et dans les formes graves, on obtenait des résultats avec la traumaticine à l'ichthyol, alors que l'échec était certain pour les autres traumaticines, qui ne donnaient des résultats que lorsqu'on avait affaire à la forme atténuée primitive décrite par nous, ou bien à l'érysipèle récidivé atténué secondairement par une ou par plusieurs atteintes antérieures. Le traitement local par la traumaticine à l'ichthyol avait donc seul une réelle valeur.

Il est bon de faire remarquer en passant que, si l'on préconise un traitement, il faut que ce traitement ait été fait dans les formes franches ou graves de l'affection, et non dans les formes atténuées, si fréquentes dans l'érysipèle, car, dans ces derniers cas, on pourrait objecter qu'*une sage expectation* aurait pu obtenir d'aussi bons résultats. Il faut donc prendre pour exemple le cas-type de l'affection, comme

dans l'érysipèle la forme franche, aiguë, légitime, dont la durée habituelle est bien connue.

C'est la méthode que nous avons suivie. Nous avons traité des érysipèles francs, légitimes, et nous avons obtenu les résultats suivants : en vingt-quatre ou quarante-huit heures, il y a dégorgement du bourrelet, affaissement de la plaque, disparition rapide et graduelle de la rougeur, et deux à trois jours ne se sont pas écoulés que la maladie est éteinte (communication faite par Juhel Rénoy à la Société médicale des hôpitaux, juillet 1893).

Nous avons fait plus encore. Nous avons employé cette méthode dans les érysipèles à forme typhoïde et dans l'érysipèle ambulant, et nous avons obtenu des succès. Juhel Rénoy cite, dans sa clinique, l'observation résumée d'une femme ayant un érysipèle ambulant, lequel n'avait pas été arrêté par le *traitement de Hueter* (injections sous-cutanées d'eau phéniquée à 2 ou 3 pour 100, de 2 en 2 centimètres autour de la plaque érysipélateuse), l'être par la traumaticine à l'ichthyol.

Nous publions plus loin quelques exemples des résultats que nous avons obtenus à l'aide de la traumaticine à l'ichthyol. Mais avant d'aborder ce chapitre, nous décrirons le mode de préparation de la traumaticine à l'ichthyol et des autres traumaticines, leur mode d'application, les sensations éprouvées par les malades.

PRÉPARATION DE LA TRAUMATICINE. — SON APPLICATION.

Pour préparer la traumaticine simple, on coupe de la gutta-percha fraîche en petits morceaux qu'on traite, jusqu'à dissolution complète, par neuf ou dix fois leur poids de chloroforme. Cette dissolution est très longue à s'opérer, aussi préfère-t-on employer le procédé suivant :

On prend une quantité de chloroforme supérieure d'au moins un tiers à celle qui est rigoureusement nécessaire

pour la dissolution complète (de douze à quinze fois le poids de la gutta-percha), on agite fréquemment pendant un jour et on introduit le tout dans un appareil à distiller.

On distille au bain-marie, et l'on arrête l'opération lorsqu'on a recueilli la quantité excédente de chloroforme.

La traumaticine ainsi obtenue est un liquide épais et homogène.

Il est coloré, lorsqu'on n'a pu disposer d'une gutta-percha récente.

Aussi est-il bon, si la traumaticine ne doit pas être additionnée de substances antiseptiques colorées, de la décolorer au charbon animal avant de l'employer.

Pour la traumaticine à l'ichthyol, on ajoute 3 parties d'ichthyol environ pour 10 parties de traumaticine simple.

La proportion est la même pour le salol, le lysol, l'acide phénique.

Pour le sublimé, on emploie 1 partie de sublimé pour 100 parties de traumaticine.

La traumaticine à l'ichthyol ainsi obtenue est un liquide sirupeux, brun noirâtre, qui, appliqué à l'aide d'un pinceau de soies de porc, comme l'indique le professeur Auspitz, de Vienne, forme une pellicule mince, assez souple, mais exerçant une compression après évaporation du chloroforme, ne déterminant ni tension, ni sensibilité, si ce n'est pendant quelques instants, au moment de l'application; les malades accusent une légère sensation de chaleur ou de cuisson plus ou moins vive suivant la sensibilité individuelle, plus pénible chez les femmes, mais supportable et très passagère.

Cette sensation de brûlure est produite par le chloroforme. Son intensité varie également suivant la plus ou moins bonne préparation de la traumaticine simple, surtout lorsqu'on n'a pas eu la précaution d'enlever l'excédent de chloroforme.

Dans ce cas, elle peut aller jusqu'à produire une brûlure

du premier degré, désagréable pendant quelques instants après l'application, mais ne laissant d'ailleurs aucune trace après guérison, même quand on emploie la traumaticine au sublimé, le sublimé pouvant, comme on sait, déterminer des pigmentations indélébiles quand il est employé en pulvérisations.

MODE D'APPLICATION DE LA TRAUMATICINE.

Lorsqu'on a affaire à un érysipèle de la face bien limité par un bourrelet saillant, facilement appréciable, il suffit, à l'aide du pinceau, de circonscrire l'exanthème érysipélateux, au niveau du bourrelet ou *un peu en dehors*, d'une bande de traumaticine d'une largeur de 2 centimètres environ.

On aura soin de bien se rendre compte de la limite de l'exanthème érysipélateux, surtout lorsque le bourrelet fait défaut ou est peu saillant, circonstance qui n'est pas très rare. On arrivera à ce résultat en recherchant la sensibilité douloureuse à la pression, surtout lorsque la plaque érysipélateuse avoisine le cuir chevelu. Il peut arriver, en effet, qu'on ait cru circonscrire la plaque érysipélateuse, alors qu'on a appliqué sa bande de traumaticine non sur des parties saines, mais sur des parties de peau déjà envahies par l'exanthème.

Il faut également bien examiner l'oreille avoisinant l'exanthème. Si l'on n'a pas pris ce soin, il est facile de comprendre qu'on court à un échec inévitable. Si cependant l'oreille est atteinte, mais que la région postérieure à cette oreille et le cuir chevelu soient indemnes, on peut encore faire passer la bande de traumaticine en arrière de l'oreille envahie. De même si l'on suppose que l'oreille, d'apparence saine, soit déjà envahie par l'exanthème, rien n'empêche, pour être plus certain du résultat, de faire passer la bande de traumaticine en avant et en arrière de l'oreille suspecte, laquelle est alors entourée par un cercle de traumaticine. Il

est bien évident qu'à moins de raser complètement la tête du malade, l'application de la traumaticine sur le cuir chevelu est inutile, d'ailleurs impossible, la compression, le contact immédiat étant empêchés par la présence des cheveux. Un autre cas peut se présenter, et cela arrive fréquemment, surtout quand l'érysipèle est pris au début : l'exanthème érysipélateux peut n'intéresser qu'une moitié du visage, alors que l'autre moitié paraît indemne. Il est bon, dans ce cas, surtout quand le bourrelet est absent, ce qui, nous le répétons, est très fréquent, de circonscrire l'exanthème comme cela a été indiqué plus haut, et de circonscrire, en outre, le côté non atteint, comme si on le supposait envahi par l'exanthème; on pourra ainsi non seulement éviter un échec, mais encore se dispenser d'une nouvelle application de traumaticine le lendemain.

On peut, en effet, lorsqu'on a circonscrit un érysipèle de la face sur des portions supposées saines, alors que la bande de traumaticine a été appliquée sur des parties en puissance d'exanthème, renouveler le lendemain l'application de traumaticine. Comme on le voit, le procédé d'application de la traumaticine est des plus simples. Cependant, cette application présente, au visage, un léger inconvénient. La coloration brunâtre de la traumaticine à l'ichthyol fait que le visage ainsi encadré paraît plus ou moins grotesque. Il est bon d'en prévenir le malade. Mais comme la traumaticine s'enlève très facilement, que, d'un autre côté, l'exanthème peut, quant à sa durée, être abrégé d'au moins de moitié, cet inconvénient est largement compensé par les avantages apportés par le traitement.

Quand l'exanthème siège sur un membre ou sur le tronc, l'application est encore plus facile. Il suffit de circonscrire l'érysipèle soit par une ceinture, soit par un bracelet de traumaticine. Il en est de même pour l'érysipèle ambulant. Mais comme, dans ce cas, on agit sur de plus grandes sur-

faces, il est prudent de faire une bande de traumaticine un peu plus large que pour le visage, de 3 à 4 centimètres environ. On aura aussi bien soin d'attendre que la traumaticine soit complètement séchée et le chloroforme évaporé, car le contact du linge pourra intéresser la traumaticine, qui, plus ou moins détruite, n'opposera plus une barrière complète à l'envahissement de l'exanthème.

L'érysipèle ambulant ayant aussi beaucoup plus de tendance à s'étendre en surface, on ne sera pas étonné de la plus grande difficulté à obtenir un résultat. Dans la forme ambulante de l'érysipèle, le traitement par la traumaticine à l'ichthyol ne réussit pas aussi bien que dans l'érysipèle facial. Outre sa plus grande tendance à l'extension, on peut encore supposer que la difficulté tient à plusieurs causes.

Tout d'abord, la plus grande dimension du cercle de traumaticine, et partant, la destruction plus fréquente de la barrière par les mouvements du malade ou par le contact des linges ou vêtements. Puis, difficulté plus grande de déterminer les limites vraies de l'exanthème, et par conséquent de le circonscrire.

Aussi, il sera bon, dans les cas d'érysipèles ambulants, d'employer des préparations de traumaticine fraîches, préparations faites avec de la gutta-percha purifiée et récente ; de bien délimiter les portions cutanées envahies, afin de faire l'application de la traumaticine sur des parties indemnes, afin de circonscrire complètement l'exanthème.

Par la pression suivie ou non de douleur, on pourra déjà faire une première démarcation. On pourra également appliquer la bande de traumaticine à une petite distance de cette démarcation. Si, malgré toutes ces précautions, on a échoué, on ne craindra pas non plus de refaire une nouvelle barrière au delà des points franchis, car, comme le prouve l'observation VII, le succès peut être obtenu seulement après la deuxième, voire même la troisième application de trau-

maticine. Enfin, la vaseline à l'ichthyol atténuant la tension et la douleur que produit l'exanthème, elle sera un précieux adjuvant, et l'on pourra recouvrir cet exanthème, circonscrit par la traumaticine à l'ichthyol, de vaseline ichthyolée.

OBSERVATIONS.

Nous commencerons la liste de nos observations par celles de plusieurs malades atteints d'érysipèles ambulants traités avec succès par la traumaticine à l'ichthyol. Nous résumerons également l'observation d'une malade atteinte d'érysipèle ambulant, qui, malgré plusieurs applications de traumaticine, n'a pas vu son exanthème être arrêté ; ceci pour démontrer que nous n'avons pas voulu forcer la note, et proclamer notre méthode comme toujours efficace dans tous les cas.

Nous publierons également, parmi les nombreux érysipèles faciaux traités par nous avec succès, quelques observations qui montreront que, par notre méthode, non seulement l'exanthème érysipélateux est arrêté dans sa marche extensive, mais encore que les phénomènes généraux s'amendent, la température baisse, la maladie est abrégée dans sa durée, le traitement abortif est réalisé.

ÉRYSIPÈLES AMBULANTS.

Observation I. — Le nommé S..., quarante-huit ans, est pris le 4 mai des prodromes habituels de l'érysipèle. Le 5 mai, un exanthème érysipélateux apparaît à la face, qu'il envahit bientôt entièrement. Il entre à l'hôpital le 8 mai, et l'on constate que l'érysipèle a déjà envahi le pourtour du cuir chevelu. Température, 40 degrés. L'application d'une barrière de traumaticine étant impossible, on fait des onctions avec la vaseline à l'ichthyol. Le 17 mai, l'apyrexie a lieu. Mais le lendemain le cuir chevelu est envahi complètement, et le 19 mai, l'exanthème a envahi la région dorsale supérieure. Température, 40 degrés. Phénomènes

généraux intenses. Une barrière de traumaticine à l'ichthyol est appliquée sur tout le pourtour de l'exanthème et n'est pas franchie le lendemain. Les phénomènes généraux s'amendent, la température baisse pour arriver à 37 degrés le 24 mai. L'exanthème s'éteint sur place. Le malade sort guéri le 31 mai.

Observation II. — Le nommé A..., Joseph, vingt-trois ans, est pris, le 7 avril, des prodromes habituels de l'érysipèle. Le 9 avril apparaît un érysipèle de la face pour lequel il est soigné chez lui. Mais bientôt l'exanthème, loin de s'éteindre, poursuit sa marche envahissante, gagne le cuir chevelu et la région dorsale. Le malade entre dans nos salles le 14 avril. A l'examen, on constate que l'exanthème, presque éteint à la face, est douloureux au cuir chevelu et à la région dorsale, qu'il couvre jusqu'à la région lombaire, un peu plus étendu à droite. La température est de 39°,5. On applique le 15 avril une bande de traumaticine à l'ichthyol d'une largeur de 5 centimètres sur tout le pourtour de l'érysipèle. L'exanthème est ainsi arrêté. Les phénomènes généraux s'amendent, l'apyrexie se montre le 18 avril.

ÉRYSIPÈLES DES MEMBRES.

Observation III. — Le nommé S..., Pierre, soixante-neuf ans, à la suite d'une blessure du pied gauche, voit apparaître, le 24 octobre, un érysipèle de la jambe qui, les jours suivants, gagne en hauteur. A son entrée dans nos salles, le 29 octobre 1893, l'exanthème occupe tout le membre inférieur gauche, jusqu'à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la cuisse. Phénomènes généraux habituels. Température, 39°,5. On fait, le 29 octobre, une ceinture de traumaticine à l'ichthyol à une petite distance du bourrelet. Cette barrière n'est pas franchie. *L'érysipèle s'éteint sur place*. Apyrexie le 1er novembre. Sortie le 10 novembre.

Observation IV. — La nommée L..., Anna, dix-huit ans, est envoyée de l'hôpital Lourcine pour un érysipèle ayant pour point de départ un bubon ouvert de l'aine gauche. Elle entre à l'hô-

pital le 15 avril, l'exanthème ayant débuté la veille. L'érysipèle s'étend sur la région gauche du tronc et sur la partie supérieure de la cuisse correspondante. On fait une application de traumaticine à l'ichthyol sur tout le pourtour de l'exanthème. Cette barrière n'est pas franchie. La température tombe en trois jours de 39 à 37 degrés. La malade sort le 28 avril.

Observation V. — Le nommé L..., Paul, vingt-huit ans, ressent, le 27 octobre, les prodromes habituels de l'érysipèle; l'exanthème apparaît à la face le lendemain, et gagne les jours suivants tout le visage et le cuir chevelu. Le malade entre le 3 novembre. On recouvre l'exanthème de vaseline à l'ichthyol. Le malade allait très bien, lorsque, le 10 novembre, la température remonte, et les phénomènes généraux réapparaissent, en même temps que l'exanthème gagne le dos et envahit la moitié supérieure de la région dorsale. On circonscrit par une bande de traumaticine à l'ichthyol qui n'est pas franchie par l'érysipèle. Il est bon de dire que, chez ce malade, les phénomènes généraux étaient peu intenses, et que la température n'a guère dépassé 38 degrés.

Observation VI. — Érysipèle ambulant ayant envahi progressivement tout le corps, malgré des applications réitérées de traumaticine. La nommée V..., Augustine, vingt-quatre ans, soignée à l'Hôtel-Dieu pour une fistule lacrymale gauche, est prise dans la nuit du samedi au dimanche 8 octobre de frissons, céphalée, malaise général. Le dimanche matin apparaît à l'angle interne de l'œil gauche un exanthème érysipélateux qui gagne bientôt, les jours suivants, la face et le cuir chevelu, lequel est pris le 10 octobre, à son entrée à l'hôpital. Aussi traite-t-on l'exanthème par la vaseline à l'ichthyol. Température, 40°,5.

Le 13 octobre, l'exanthème a envahi la région cervicale. On cherche à l'arrêter par une bande de traumaticine, qui est franchie le lendemain. Chaque jour, on fait une nouvelle application de traumaticine, et malgré cela, l'exanthème continue sa marche envahissante, pour ne s'épuiser qu'après avoir recouvert le corps tout entier le 22 octobre, jour de l'apyrexie.

Observation VII. — Voici, par contre, l'observation d'une malade, la nommée P..., Claudine, vingt-six ans, dont le début de l'affection ressemble en tous points à la précédente; mais là, nous avons réussi, après une deuxième application de traumaticine à l'ichthyol, à arrêter l'exanthème à la région supérieure du dos. Ajoutons que cette malade entrait dans nos salles le 25 octobre pour une deuxième atteinte d'érysipèle de la face ayant débuté le 22 octobre.

Voici maintenant quelques observations d'érysipèles de la face, première atteinte, forme aiguë franche, dans lesquelles la traumaticine a arrêté à la fois la lésion locale et l'affection dans sa marche.

Nous ne décrirons pas d'observations d'érysipèles atténués primitifs, ni d'érysipèles récidivés, atténués par une ou plusieurs atteintes antérieures, le traitement réussissant toujours dans ces cas, que nous avons négligé de compter dans notre statistique de 60 pour 100, laquelle serait alors dépassée de beaucoup.

Observation I. — L..., Ernest, dix-neuf ans. Première atteinte, 30 mars. Entrée, 1er avril. Température, 39 degrés. Érysipèle couvrant le nez, les joues et le front. Pas de phlyctènes. On circonscrit l'exanthème par une barrière de traumaticine, qui ne produit qu'une légère et passagère cuisson. L'exanthème est arrêté par cette barrière. Le 4 avril, apyrexie. L'exanthème est éteint.

Observation II. — C..., Élisa, quarante-six ans. Première atteinte. Érysipèle couvrant le nez et les deux joues, et ayant débuté le 4 avril. Entrée le 6 avril, et traumaticine à l'ichthyol. Érysipèle intense, phlycténulaire. Température, 40 degrés. Barrière non franchie. Apyrexie et atténuation des phénomènes généraux le 10 avril.

Observation III. — B..., Zénaïde, trente-deux ans. Première

atteinte. Prodromes le 9 avril. Exanthème le 11. Entrée le 13 avril. Visage entièrement envahi jusqu'au niveau du cuir chevelu. Température, 39 degrés. Barrière de traumaticine à l'ichthyol non franchie. Le 15 avril, apyrexie.

Observation IV. — B..., Charles, vingt-deux ans. Première atteinte. Érysipèle le 3 mai, étendu à toute la face. Entrée et traitement le 4 mai. Réussite. Température, 39 degrés. Apyrexie le 6 mai.

Observation V. — P..., Louise, vingt et un ans. Première atteinte. Érysipèle de la face le 7 juin. Entrée et traitement le 9 juin. Température, 40 degrés. Apyrexie le 13 juin.

Observation VI. — M..., Michel, soixante-neuf ans. Première atteinte. Érysipèle facial le 27 juillet. Entrée et traitement le 28 juillet. Température, 39°,5. Apyrexie le 31 juillet. Sortie le 3 août.

Observation VII. — C..., Marie, trente-cinq ans. Première atteinte. Érysipèle de la face le 3 octobre. Entrée et traitement le 4 octobre. Température, 39°,4. Apyrexie le 7 octobre. Sortie le 11 octobre.

Observation VIII. — R..., Virginie, vingt-deux ans. Première atteinte. Érysipèle de la face le 16 octobre. Entrée et traitement le 19 octobre. Exanthème phlycténulaire intense. Température, 40 degrés. Balnéothérapie. Barrière non franchie. Apyrexie le 23 octobre. Sortie le 26 octobre.

Observation IX. — L..., Eugénie, dix-huit ans. Première atteinte. Érysipèle de la face le 15 novembre. Entrée et traitement le 16 novembre. Température, 39°,6. Balnéothérapie. Apyrexie le 20 novembre. Sortie le 25 novembre.

Comme dernière observation, nous signalerons celle de M. Hallopeau, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie

de médecine, publiée par lui-même dans la *Semaine médicale* de l'année 1893. M. Hallopeau a eu l'occasion d'expérimenter sur lui-même le traitement par la traumaticine à l'ichthyol, trente heures environ après le début d'un érysipèle, qui a pu ainsi être entravé en deux jours.

Ce résultat lui a semblé prouver péremptoirement l'action abortive de cette médication qui a, d'autre part, dit-il, l'avantage d'être très peu douloureuse et d'une innocuité absolue.

Il nous serait facile de publier des observations d'érysipèles traités par les autres traumaticines, les uns avec succès, les autres, beaucoup plus nombreux, avec insuccès. Nous nous dispenserons de le faire, nous contentant de répéter que l'application de la traumaticine à l'ichthyol est celle qui est la plus agréable, la plus inoffensive pour le malade.

CONCLUSIONS.

Nous croyons qu'il n'existe pas actuellement de traitement vraiment abortif de l'érysipèle (c'est-à-dire amenant une diminution prompte et rapide de l'exanthème et des phénomènes généraux infectieux) *dans tous les cas.*

De nombreux traitements ont été préconisés dans le but de faire avorter cette infection due au streptocoque.

Si tous ces traitements ont semblé donner de bons résultats entre les mains de ceux qui les ont préconisés, nous croyons pouvoir objecter que souvent les cliniciens ont englobé *dans leur statistique* les érysipèles récidivés atténués par une ou plusieurs atteintes antérieures, les érysipèles atténués primitifs qui sont, comme les précédents, d'une très grande fréquence, puisque nous avons montré, dans un travail antérieur, qu'on rencontrait l'érysipèle atténué primitif dans le tiers des cas d'érysipèles.

Il faut aussi faire la part des érysipèles abortifs sans traitement, et les éliminer des statistiques, comme nous l'avons fait, l'avortement de l'affection tenant soit aux conditions

du terrain sur lequel évolue le streptocoque, soit au faible degré de virulence du microbe lui-même, soit à l'atténuation de la virulence du microbe due à la résistance de l'individu.

Suivant les conditions favorables dans lesquelles nous nous sommes placés pour faire l'essai des divers traitements préconisés, nous n'hésitons pas à donner la préférence aux traitements qui agissent à la fois mécaniquement par la compression et antiseptiquement pour le microbe.

Parmi ces traitements, c'est encore la méthode qui consiste à circonscrire la plaque érysipélateuse par une barrière de traumaticine à l'ichthyol qui nous a donné les meilleurs résultats, puisqu'elle a réussi dans plus de la moitié des cas, notamment dans des cas d'érysipèles ambulants.

Nous pensons donc avoir répondu comme il convient à la question posée par l'Académie (voir notre finale).

Oui, il existe un traitement abortif de l'érysipèle; ce traitement ne réussit pas toujours, mais très souvent, 60 pour 100, et il consiste dans la préparation de traumaticine à l'ichthyol dont nous avons donné la formule.

Nous pensons ne pas être démentis par les faits en disant que l'association de la compression mécanique (traumaticine) à l'ichthyol, ce puissant agent contre l'infection streptococcique, constitue à l'heure actuelle la meilleure méthode abortive.

Nous répétons que nous avons soumis à un contrôle expérimental, à une critique scientifique sévère les faits publiés par nos devanciers, et que, lorsque nous avons mis en balance nos succès à côté des échecs habituels que nous avions le regret d'enregistrer alors que nous employions les autres traitements, nous n'avons pas hésité à adopter, comme méthode de traitement unique, *la traumaticine à l'ichthyol.*

NOTA. — Ce mémoire a concouru pour le prix Herpin, de Metz, et voici comment M. Hallopeau, dans son rapport lu à

la séance du 13 novembre 1894 (voir *Bulletin de l'Académie de médecine*, n° 46, du 13 novembre 1894), apprécie ce travail :

« L'auteur du mémoire qui porte le numéro 3, et a pour devise : *Lutter c'est souvent vaincre*, a mis à profit les grandes ressources qu'offre le service d'isolement d'Aubervilliers ; près de deux mille malades lui ont passé sous les yeux. Il les a vu traiter successivement par divers moyens conseillés antérieurement, et finalement par l'ichthyol qui lui a paru donner, de beaucoup, les meilleurs résultats ; il l'a employé, suivant la méthode de Juhel Rénoy, concurremment en pommade sur la surface érysipélateuse, et incorporé dans la traumaticine sur le pourtour des parties envahies.

« *Ses conclusions manquent de netteté* ; il déclare successivement qu'il existe et qu'il n'existe pas un traitement abortif de l'érysipèle ; il dit cependant, en terminant, que l'emploi de la traumaticine à l'ichthyol fait avorter la maladie 60 fois sur 100. L'auteur confirme ainsi les conclusions formulées antérieurement par Juhel Rénoy, sans rien leur ajouter. »

Les lecteurs de ce mémoire apprécieront si toutes les allégations formulées par M. Hallopeau, dans son rapport, sont justifiées.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Comparaison des diverses méthodes de traitement des varices et de leur complication la plus fréquente : l'ulcère (1) ;

Par le docteur Ch. Remy, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de la maison départementale de Nanterre.

Procédé opératoire. — L'incision de la peau portera sur les paquets variqueux les plus saillants ; elle sera donc très variable dans sa longueur et sa direction.

(1) Suite. Voir les trois précédents numéros.

J'en ai fait qui mesurent 35 centimètres ; du reste, quelques centimètres de plus ou de moins n'ont aucune influence sur la marche de la cicatrisation, qui reste la même. Parfois je laisse un pont de peau intacte, pour faciliter l'affrontement pendant la suture.

On tâchera de faire l'incision unique et verticale ; souvent il les faut multiples, obliques, sinueuses, en zigzag, pour la recherche de paquets variqueux multiples.

Quand la dissection des veines menace de produire des décollements, il vaut mieux faire une nouvelle incision parallèle.

Le temps de l'opération le plus important est la ligature de tous les vaisseaux ; c'est le seul pour lequel nous ayons donné une règle fixe ainsi formulée : fermeture de tous les vaisseaux grands et petits.

La plaie doit être absolument exsangue :

1° Pour éviter la perte de sang opératoire ;

2° Pour ne pas avoir d'épanchements consécutifs, qui retardent la cicatrisation et menacent de suppuration ;

3° Pour éviter l'infection des veines pendant et encore plus après l'opération.

Cherchez à saisir la veinc avec les doigts, qui déchirent moins que les pinces. Disséquez, en rasant de près, et, sitôt qu'il existe une plaie de la veine, fermez-la par une pince hémostatiquc ; il faut bien prendre garde de ne couper aucune des branches anastomotiques, les disséquer, si elles paraissent malades, jusqu'à leur partie saine, et mettre une pince sur chaque vaisseau qui se perd dans la peau.

La ligature des gros vaisseaux qui montent vers le pli de l'aine a toujours été, de ma part, l'objet d'un soin tout spécial.

Voici mon procédé :

La ligature, en elle-même, n'a rien de spécial ; si je la fais double, j'emploie du catgut solide, le numéro 5 est celui que

je préfère; mais je pratique une manœuvre préparatoire toute spéciale.

Saisissant la veine, je tire sur elle autant que possible, pendant que je fais rétracter la peau, de façon à placer ma ligature aussi haut que possible. Quand la veine est coupée, la partie liée se rétracte profondément; elle est devenue, en quelque sorte, sous-cutanée ; elle est aussi éloignée que possible de la plaie. J'espère ainsi mettre le vaisseau à l'abri des germes que les pansements pourraient apporter sur la plaie, et j'y ai réussi, puisque, chez un malade qui succomba à une lymphangite, les veines baignées dans le pus avaient résisté à l'infection ; cependant, nous n'étions encore qu'au quatrième jour de l'opération, lorsque les premiers accidents se manifestèrent.

Quant aux petits vaisseaux, leur mode de ligature n'a rien de particulier.

Des difficultés opératoires. — Quand les veines variqueuses sont accompagnées de varices des capillaires ou des veinules de la peau, l'incision est quelquefois suivie d'une *hémorragie* très abondante. Les pinces sont inutiles dans ce cas. Prenez des écarteurs à griffes et tirez fortement les lèvres de la plaie, vous arrêterez immédiatement l'écoulement du sang.

La nature des veines est une autre cause de difficultés. A côté des veines variqueuses, solides et résistantes qu'on peut décoller par simple traction ou libérer par quelques coups de bistouri, il y en a d'autres, au contraire, qui sont friables et sans résistance. Elles cèdent au moindre effort, se rompent à chaque instant, le sang coule. Il faut alors multiplier les pinces et disséquer péniblement.

Quand il n'y a pas d'ulcère ou que le bistouri en est loin, la séparation des *adhérences* est possible, même avec des mauvaises veines.

La paroi veineuse se trouve presque toujours libre dans

une grande étendue, souvent même il existe une cavité artificielle dans laquelle on manœuvre aisément à la sonde canelée et au bistouri. Si l'adhérence est dure, on taille un peu dans la graisse.

Mais dans le voisinage de l'ulcère, la veine est totalement adhérente et sa dissection est hasardeuse ; on la blesse ou on la brise souvent, et le sang coule abondamment. Les pinces ne mordent pas dans le tissu induré. Le mieux, pour obtenir l'hémostase, est d'inciser dans la direction du vaisseau béant, de circonscrire son orifice par des incisions qui créent des lambeaux sur lesquels la pince puisse se fixer.

On ne s'attend généralement pas à voir la *contraction veineuse* des variqueuses gêner l'opérateur et lui créer une difficulté ; c'est cependant ce qui se prodnit. La rétraction des veines variqueuses, sous l'action des instruments et des antiseptiques, est telle qu'on peut se demander si l'on a affaire à une veine malade. La saphène passe du volume du pouce à celui d'une plume de corbeau.

Le repos prolongé (au lit) avant l'opération, le froid même au moment de l'opération, peuvent produire les mêmes résultats, et il faut avoir soin de marquer les paquets variqueux, dès l'arrivée du malade, en passant un pinceau chargé d'une solution de nitrate d'argent sur leur peau.

Le tissu adipeux gêne quelquefois beaucoup, surtout chez les femmes ; il est alors impossible de voir les veines, il faut les sentir.

CRITIQUE DES DIVERS AUTRES PROCÉDÉS D'INTERVENTION.

La section. — La section des veines ne peut assurer la guérison, car elle n'est pas capable de détruire les veines variqueuses dans une assez grande étendue ; tout au plus suffirait-elle à modifier le cours du sang en produisant une valvule, mais bien peu importante.

Briquet, dès 1824, avait étudié ce qu'elle produisait, et il écrivait :

« La veine ne s'aunihile pas. Elle est oblitéréc à l'endroit coupé, mais, dans une étendue d'une à deux lignes. Au-dessus ou au-dessous, elle reprend son calibre. C'est ce qu'il nous a été facile de voir, dit-il, sur tous les sujets ainsi sectionnés, et particulièrement sur un boulanger auqucl on coupa successivemcnt quatre veines. Après la guérison, toutes ces branchcs étaient aussi amples qu'avant, seulement elles étaient traversées par une cicatrice linéaire à l'endroit de la section. »

Il était donc prouvé que la section était insuffisante pour le traitement des varices et qu'elle gênait fort peu la circulation en retour. D'un autre côté, ces incisions à ciel ouvert, où les veines étaient béantes, et sur lesquelles on posait de la charpie, faisaient courir aux opérés des dangers effroyables.

Velpeau démontra, pièccs en mains, que même la section sous-cutanée, inventée par Brodie, n'empêchait pas la phlébite. A plus forte raison était-elle à craindre dans les incisions larges de J.-L. Petit et Richerand.

La méthode fut abaudonnée et ne reparut pas avec la période antiseptique.

Cependant on en trouve encore des défenseurs pour l'incision circonférencielle de Dolbeau, qui en est le seul vestige dans le traitement des ulcères.

Nous la combattons de toutes nos forces, parce que, même avec la plus sévère antisepsie, elle peut amener dcs accidents.

Nous lui consacrons un chapitre spécial.

La ligature n'assure ni la formation de valvules ni la disparition des veines variqueuses.

La ligature apparut comme une grande amélioration des procédés opératoires dans le traitement des varices, mais clle n'était d'abord qu'au second plan. Elle se contentait d'empêcher l'hémorragie. Elle avait détrôné, sans conteste,

le procédé si douloureux d'hémostase par le cautère rougi au feu.

L'acte principal était toujours resté la section simple, la résection sur une certaine étendue, ou l'extirpation des veines malades.

La ligature simple ne fut classée, comme moyen de guérison des varices, qu'à partir de Dionis, qui la proposa, et d'Éverard Home (1), qui la vulgarisa en l'employant fréquemment; mais le succès ne fut pas constant, puisque Travers, S. Cooper, Carmichaël, ont publié des cas malheureux.

Pouvait-il en être autrement avant la période antiseptique, lorsqu'on ne savait quel ennemi combattre? On allait, du reste, un peu au hasard.

Béclard dénudait et liait comme E. Home. D'autres liaient au-dessous de la veine variqueuse. Dupuytren liait au-dessus du genou et à la malléole; on se demande pourquoi.

Les efforts tentés pour parer aux accidents étaient quelquefois rationnels, comme la ligature sous-cutanée de Gagnel, mais souvent aussi maladroits.

Déjà, placé à l'extérieur des vaisseaux, le fil était dangereux et déterminait des phlébites par propagation, à cause de la suppuration qu'il entretenait jusqu'à sa chute. Que pouvait-on attendre des procédés suivants?

Velpeau (1840), attirant la veine dans un pli de la peau, passait une épingle au-dessous d'elle, puis il étranglait le vaisseau et la peau par un fil entortillé en 8 de chiffre.

Davat, inconscient du danger, ajoutait à la première épingle une seconde qui embrochait la veine et se plaçait en croix avec la première.

Enfin Trucke, sans hésiter, traversait la veine avec un fil. Ils augmentaient le danger des ligatures au lieu de l'atténuer.

(1) *Surgical essays ligature veins*, 1818.

Avec les ligatures résorbables et antiseptiques, le danger a disparu, la ligature est devenue inoffensive, on abandonne tous les procédés ingénieux mais dangereux d'autrefois.

Il reste à savoir si elle donne de meilleurs résultats que d'autres procédés inoffensifs aussi, mais plus difficiles à appliquer.

Compter sur l'organisation du caillot pour transformer la veine en cordon fibreux est aléatoire ; la résorption du sang coagulé ne peut se faire que par l'organisation d'une enveloppe conjonctive et par la pénétration de petits vaisseaux ; ces petits vaisseaux sont la voie ouverte au rétablissement du cours primitif du sang.

Quoique Briquet ait constaté que la veine se transforme en un cordon ligamenteux arrondi et impénétrable, et qu'il ait vu plusieurs des veines affluentes également oblitérées, il est permis de penser que la circulation se rétablit à travers le caillot, comme dans une phlegmatia qui s'organise et résorbe ses coagulations.

Le caillot est un corps étranger qui, en dernier lieu, peut toujours être le point de départ d'accidents.

Il provoque, autour de lui, une phlébite interne qui peut persister longtemps et devenir envahissante.

Avec une seule ligature, on ne peut opérer que des oblitérations peu étendues.

Si l'on poursuit le but de la coagulation du sang dans tous les vaisseaux variqueux, il ne faut plus se contenter d'une ligature, il faut faire des ligatures multiples.

C'est un système encore employé en France par Montaz, et à l'étranger par Phelps.

Montaz s'est montré très satisfait de ses résultats. Mais si nous rapprochons des ligatures multiples la méthode de Rigaut, de Nancy, dessiccation de la veine attirée et maintenue dehors à travers une incision cutanée, nous voyons Rigaut, appréciant lui-même sa méthode, se tenir, malgré

ses nombreuses opérations, sur une sage réserve, lors de sa communication à la Société de chirurgie, en 1875.

Les injections coagulantes intra-veineuses causent évidemment un traumatisme diminué, si l'on ne considère que la piqûre. Elles ont donné beaucoup de succès à Lyon. Valette (1), Pétrequin, Desgranges, Socquet (2), Delore (3), les ont employées un grand nombre de fois.

Mais c'est encore une méthode aveugle, qui demande de grandes précautions, à cause de la menace de l'embolie. Et, par le fait même qu'elle laisse un caillot dans les veines, elle porte avec elle un défaut et menace d'un danger comme la ligature. En effet, le caillot s'organise et les petits vaisseaux, qui pénètrent le caillot pour le résorber, rétablissent la circulation.

D'autre part, la présence d'un caillot dans les tissus provoque un certain degré de phlébite qui peut se propager et faire subir aux tissus voisins l'indnration et la sclérose.

Cependant, Daniel Moliere en a vanté le mérite tout récemment (*Lyon médical*, 1890).

Quant aux *injections pratiquées* autour de la veine avec des liquides excitants ou irritants, comme l'alcool ou l'ergotine, leur action est incertaine et la durée du traitement interminable.

Cependant elles paraissent théoriquement devoir s'opposer au développement de la périphlébite et de l'ectasie capillaire, et il ne serait pas surprenant qu'elles donnent des améliorations. Elles agiraient en produisant, dans les tissus voisins de la veine variqueuse, une sorte de contre-phlébite, une sclérose atrophiant les vaisseaux capillaires ; c'est la même explication qu'il faut donner au traitement des varices

---

(1) Perchlorure de fer.
(2) Liquide iodo-tannique.
(3) Plus de trois cents cas sans accidents, d'après Nicaise.

de Taylor (1), par les vésicatoires répétés qui provoquent la formation, dans la peau, de brides fibreuses comprimant les varices.

Bien que cet auteur assure en avoir vu de bons résultats, et pense que c'est le moyen de faire disparaître l'œdème des variqueux et d'activer leur circulation, nous ne vanterons pas leur emploi et ne mettrons pas ce procédé en balance avec l'extirpation entre ligatures.

A côté de ces procédés, qui agissent sur la veine par l'extérieur, il convient de placer celui de Landerer, de Leipzig, qui émet la prétention d'arrêter aussi bien le cours du sang par un bandage que par une opération. Il place, le long de la cuisse, un ressort spiral dont les extrémités compriment la saphène.

Aux caustiques, caustique de Vienne, de Bérard et Laugier, potasse caustique de Bonnet (de Lyon) et Brodie, chlorure de zinc de Follin, appliqués sur la peau pour atteindre la veine sous-jacente, on peut reprocher la cicatrisation longue, les cicatrices très étendues et irrégulières, et enfin l'incertitude de l'action. On ne voit pas la veine, on ne peut régler la diffusion des liquides, la profondeur de leur morsure.

Nous ne parlerons que pour mémoire de la destruction des varices par le *fer rouge* ou par l'*extirpation simple sans ligatures* employée aux premiers temps de la médecine.

L'extirpation fut abandonnée à cause des douleurs et de l'hémorragie ; on laissa de côté le fer rouge destiné à arrêter le sang quand fut connue la ligature, moyen beaucoup plus simple et plus sûr.

La saignée, la méthode la plus ancienne de toutes, remonte à Hippocrate (*De ulceribus*). Elle était basée sur une erreur dogmatique. Elle avait pour but de dégonfler les vaisseaux ou de les débarrasser du sang mélancolique. Non seule-

(1) William Taylor, *Medical Press and Circular*, 1891.

ment elle n'y réussissait pas, mais elle provoquait des accidents. La fissure cutanée et veineuse était quelquefois l'origine d'ulcères malins et rebelles (Hippocrate). Galien, Fabricio, recommandaient les plus grandes précautions pour éviter l'interposition du caillot entre les lèvres de la plaie, qui amenait cette redoutable complication.

CRITIQUE DES TRAITEMENTS SPÉCIAUX A L'ULCÈRE.

Nous ne nous arrêterons pas sur les innombrables topiques appliqués successivement sur les ulcérations variqueuses. Ils ont tous donné des succès, mais ils n'ont survécu que le temps qu'ils ont été soutenus par leurs inventeurs. Quand on cherche la raison de leur succès, on trouve le repos et le séjour à l'hôpital. Pas un qui puisse réussir à cicatriser sans le repos. Pas un qui n'empêche l'ulcère de revenir sous la pression du sang exagérée par les fatigues.

La destruction des microbes et l'antisepsie la plus parfaite n'assurent pas la solidité d'une cicatrice d'ulcère variqueux (1).

Il est bien intéressant de remarquer que tous les traitements qui ont donné des succès pour la guérison des ulcères

---

(1) *Divers topiques appliqués sur l'ulcère.* — Liqueur de Labarraque (Labbé, Panas). — Eau chlorurée (Boutier, 1872). — Eau chlorurée calcique (Panas, Laugier, Demarquay). — Nitrate d'argent au vingtième (Breschet). — Perchlorure de fer (Richet). — Teinture d'iode. — Acide phosphorique (Grossich). — Solution acide phénique et éther (Marchand). — Tanin. — Vin iodo-laudanisé (Rédarès). — Poudre de sous-carbonate de fer (Maison, Zartarian). — Bromure de potassium. — Camphre. — Tartrate de fer et de potasse ammoniacal (Bourguignon). — Sulfure de carbone (Liégeois, Guillaumet).— Bandelettes de diachylon (Baynton). — Cérat cinabré (Richemond). — Plomb laminé.— Onguent à la craie, axonge et vaseline (Kent Spendis). — Onguent à la farine, gomme arabique, gomme adragante, œuf et craie. — Collodion. — Emplâtre poreux (Coë). — Sparadrap au mi-

variqueux sont dirigés vers un même but, celui de régler le cours du sang.

Le repos et la position horizontale facilitaient la circulation et soulageaient les malades.

L'incision circonférencielle sectionnant les vaisseaux cutanés adhérents à l'ulcère déchargeait de leur apport sanguin les capillaires surmenés de l'ulcère.

La *bande élastique* (1) améliorera la lésion en comprimant les vaisseaux de tout calibre, l'*électricité* (2), le *massage* (3) diminueront le calibre des veines, car les vaisseaux variqueux sont susceptibles de contraction, excepté dans la période la plus avancée, mais vous n'aurez pas enlevé la source du mal. Les varices s'enfleront de nouveau et remettront les tissus dans un aussi mauvais état qu'avant votre tentative.

Seule l'extirpation de la veine malade ou son oblitération arrêtera l'ectasie capillaire et sa sclérose consécutive.

Les *bandelettes de diachylon*, appliquées suivant la méthode de Baynton, ont été rapportées d'Angleterre par Roux, en 1814, et vulgarisées par Boyer.

Les raisons de leur long succès sont multiples. Elles remplissent deux indications :

1° Compression des bourgeons charnus et compression des grosses varices ;

---

nium (Goureau). — Salicylate de bismuth (Desplats). — Dithymol iodé (Quinquaud et Fourmorin). — Iodoforme. — Acide salicylique, borique, phénique. — Glycérine créosotée (Vannier). — Sulfate de cuivre (Quénu, Blanc, 1888). — Sulfate de manganèse. — Sulfate de magnésie. — Blanc, expliquant le rôle favorable du sulfate de cuivre, disait qu'il nourrissait les épithéliums par son soufre.

(1) H.-A. Martin, *Transact. of the American medical Association*, t. XXVIII, p. 589, 1871.

(2) Arnold, Thèse de Paris, 1877 : *Contribution à l'étude du traitement des ulcères par l'électricité.*

(3) Erdinger, *Du massage dans le traitement des ulcères variqueux* (Thèse de Paris, 1893).

2° Protection contre les frottements, les chocs et les infections.

Elles n'empêchaient peut-être pas l'évolution des microbes déjà déposés sur les plaies, mais elles s'opposaient à l'arrivée de nouveaux.

La faveur que rencontrait ce traitement était due, en outre, à la facilité qu'il offrait.

Les soins n'étaient pas quotidiens ; il suffisait de venir chez le médecin tous les huit ou quinze jours, et ces pansements rares permettaient de se soigner sans perdre de temps.

Quelques ulcéreux, après leur pansement, pouvaient continuer à travailler ; mais il nous reste le souvenir que le repos s'imposait après une certaine période. Ramenons donc la valeur du pansement au niveau des autres.

L'*incision circonférencielle* de Dolbeau est renouvelée de Gay, chirurgien anglais qui, en 1853, pratiqua une incision en fer à cheval au-dessous d'un ulcère et le guérit. Elle a guéri des ulcères abandonnés et incurables ; mais, malgré l'avis de notre éminent maître L. Labbé, malgré les assertions de Félizet et Berger à la Société de chirurgie en 1891, je la considère comme plus dangereuse que la résection entre ligatures. Elle expose au danger de l'ouverture des veines.

Elle agit à l'aveugle, elle fait une plaie qui suppure longtemps.

Félizet, élève de Dolbeau, accuse la résection de ne pas supprimer la stase veineuse. Il trouva à l'incision circonférencielle les avantages suivants :

1° Elle fait une saignée locale fort utile ;

2° Elle ne laisse que les vaisseaux profonds en relation avec l'ulcère ;

3° Elle libère les bords de l'ulcère en sorte qu'il se rétracte rapidement.

N'en déplaise à Félizet, mais la théorie de l'utilité de la

saignée locale dans le traitement des varices est un peu vieillotte; elle remonte à Hippocrate. C'est un souvenir de ce sang *melancholicus*, ou *crassus*, ou *phlegmaticus*, qu'il fallait chasser des vaisseaux.

La seconde conclusion est juste et nous pouvons nous y associer.

Mais la troisième est une erreur. Si l'ulcère se rétracte, ce n'est pas parce que l'anneau de peau, circonscrit par l'incision, peut se détacher des autres parties indurées; c'est parce qu'il n'est plus le siège d'œdème ni de sclérose périvasculaire.

L'opinion de Billroth, qui croyait trouver la cause de la non cicatrisation de l'ulcère dans l'immobilité de ses bords adhérents, est absolument erronée.

Les *scarifications de Vidal*, précouisées dans la thèse de Chaussat sur le traitement des ulcères calleux (1), ont encore moins de raison d'être que les incisions circonférencielles, à cause de leur actiou superficielle.

Ce travail ne repose du reste que sur cinq observations, dont un ulcère non variqueux.

Sur les quatre autres, un malade est sorti avant guérison ; les deux autres sont des guérisons d'hôpital, et le dernier a récidivé tout de suite.

L'incision circonférencielle (2) m'a donné un insuccès dans un cas d'ulcère incurable, et elle a été suivie d'accidents sérieux que ne m'ont pas donnés les autres opérations.

Voici le fait :

Une femme atteinte d'un ulcère incurable d'une jambe me demande l'opération. C'est une femme obèse, dont les

(1) Paris, 1883.

(2) Lafarge, Thèse de Paris, 1875 : *Traitement des ulcères de jambes par l'incision circonférencielle.*

veines paraissent mal, et la nature variqueuse de son ulcère était très douteuse.

Dans une première tentative, je ne parviens à découvrir aucune veine malade ni dans le mollet, ni sous l'ulcère. L'ulcère persiste.

Sur les instances de la malade, je renouvelle ma tentative, et, dans la même séance, n'ayant pu découvrir que des vaisseaux insignifiants, je me décide à faire, comme moyen héroïque, l'incision circonférencielle.

La malade eut de la lymphangite, une attaque de rhumatisme aigu, une endocardite très grave, et l'ulcère ne guérit pas mieux (1).

D'où je conclus que si la résection ne réussit pas, l'incision circonférencielle ne réussit pas mieux.

La greffe. — En vain a-t-on cherché à remplacer les cicatrices fines et précaires des ulcères par des greffes de tissus sains et bien vivants. Ces lambeaux vivants n'ont tenu que pendant le repos du variqueux et la vacuité mécanique de ses vaisseaux malades. Les succès obtenus par ces procédés ne sont que des succès d'hôpital.

Tout d'abord, épidermiques ou dermo-épidermiques, elles donnent de bons succès. Elles hâtent la cicatrisation. Elles comblent les pertes de substances. Le résultat est d'autant plus beau qu'on les fait plus confluentes, et qu'on cherche à couvrir toute l'étendue de la plaie. Mais il a fallu préparer les bourgeons charnus par le repos et l'antisepsie, mais elles sont incapables de résister à la distension capillaire. Elles tombent, ou bien s'il en résiste, elles forment de petits îlots au milieu de l'ulcère (2).

---

(1) Chevalier, Thèse de Paris, 1884 : *Traitement des ulcères variqueux par les incisions libératrices.*

(2) Nogué, Thèse de Paris, 1891 : *Greffes dermo-épidermiques à lambeaux confluents.*

La cicatrisation à laquelle elles avaient contribué est donc toujours aussi précaire. Elles n'accroissent pas la solidité de la cicatrice qui s'est formée à l'abri du choc rétrograde du sang.

La greffe par la méthode de Thiersch, à larges lambeaux comprenant l'épaisseur de la peau, pourrait peut-être donner des résultats.

Nous avons trouvé dans la thèse de Tripier (1) une observation curieuse de Reynier, un morceau de scrotum, un morceau de prépuce ont été greffés sur des ulcères; ils ont repris. Malheureusement, le résultat tardif est inconnu.

Nous croyons qu'il n'a pas été la guérison définitive, car la greffe ne s'adresse pas à la cause du mal. C'est un barrage de baudruche pour arrêter un torrent.

(A suivre.)

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

La cure des buveurs à Ville-Évrard en 1894 (2);

Par le docteur E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Il y a quatorze ans, on a eu l'excellente idée de construire à Ville-Évrard, au milieu de la campagne, complètement séparé de l'asile, bien qu'à proximité, un établissement spécial de 300 aliénés paisibles et travailleurs, constituant une véritable colonie industrielle et agricole. Dans ce but, on a édifié, à droite et à gauche d'un bâtiment central destiné au concierge et aux parloirs en bas, aux internes au pre-

(1) 1887. *Traitement des grands ulcères de jambes par la méthode de Thiersch.*

(2) Suite et fin. Voir les deux précédents numéros.

mier, deux immenses quartiers de 150 lits chacun, Pinel et Esquirol, et en arrière on a groupé deux à deux et se faisant face, entourés d'un mur d'enceinte qui se relie à celui des susdits quartiers, les quatre ateliers qui se trouvent ainsi complètement clôturés et englobés dans ceux-ci ; d'un côté, les tailleurs et les menuisiers, de l'autre, les cordonniers et les forgerons. Ce fut une très heureuse innovation, car elle a permis de réunir tous les travailleurs sur un même point, de les enlever complètement de l'asile et, en leur procurant une existence distincte, de les mieux préparer à la sortie. Là, rien qui rappelle la petite maison. Avec leurs grandes cours, leurs vastes réfectoires, leurs immenses chauffoirs, leurs beaux dortoirs bien aérés et leurs ateliers confortablement installés, Pinel et Esquirol donnent l'impression, non d'un établissement hospitalier, mais d'un établissement professionnel.

Eh bien, ma proposition a consisté à donner l'une de ces deux divisions, Esquirol, aux alcooliques, et d'y installer notre quartier spécial de cure des buveurs, laissant Pinel aux travailleurs aliénés. Cette combinaison permettrait de recevoir à Ville-Évrard 150 alcooliques, tout en conservant à la section son caractère de section de travailleurs. Ces 150 places suffiraient, je le crois, aux besoins du service en attendant l'ouverture de l'asile spécial voté. On aura en outre cet avantage d'avoir sous la main les ateliers qui, nous venons de le dire, sont complètement clôturés et rattachés au quartier et où, par conséquent, les buveurs en possession d'un métier, tailleurs, cordonniers, menuisiers, tapissiers, forgerons, charrons et ferblantiers, pourront être occupés sans inconvénient, puisqu'ils n'auront pas à franchir le mur de clôture pour se rendre à leurs occupations. Enfin, comme Esquirol possède deux galeries couvertes longues chacune de 35 mètres, nous avons demandé qu'on nous autorisât à transformer l'une d'elles en véranda, ainsi que nous avons dit avoir procédé

au premier quartier, afin d'avoir notre atelier de chaussons et de paillassons. Pour que notre organisation fût complète, une chose pourtant manquait encore : le travail agricole, et cette chose-là est indispensable, car tous nos confrères américains insistent sur l'utilité de ce travail qui, s'opérant au grand air, contribue largement à débarrasser l'économie de l'alcool dont elle est imbibée tout en la fortifiant. Mais pour envoyer les alcooliques dans les champs, il est indispensable d'avoir un personnel nombreux et dévoué pour assurer la surveillance, plus nombreux que celui dont nous disposons ; aussi avons-nous demandé au conseil général de la Seine de nous accorder un supplément de gardiens. M. le docteur Deschamps et M. Thuillier, conseillers municipaux de Paris, ont bien voulu se faire les défenseurs de notre proposition, et sur le rapport de ce dernier, l'assemblée départementale a voté, pour 1895, un supplément de quatre gardiens. Nous les en remercions bien sincèrement. Grâce à eux, notre section d'alcooliques fonctionnera cette année dans les meilleures conditions, et ils auront en outre réalisé une économie.

Il paraîtra paradoxal qu'une augmentation du personnel aboutisse à une économie. Mais qu'on veuille bien réfléchir qu'en l'absence d'un nombre suffisant de surveillants, nous sommes contraints de garder dans la section et d'occuper à la confection de chaussons des gens qui sont d'habiles ouvriers. On a vu plus haut combien étaient nombreux, parmi nos buveurs, les tailleurs, les cordonniers, les charpentiers, les ébénistes, les tapissiers, les forgerons, les mécaniciens, les maçons et les peintres. Maintenant que nous avons un personnel suffisant à assurer la surveillance et à empêcher les malades de boire, nous pourrons envoyer tous ces ouvriers dans les ateliers ; n'est-il pas évident que le produit de leur travail excédera de beaucoup la dépense résultant de l'augmentation de celui-ci ? Nombreux aussi sont les journaliers

et les terrassiers qui rapidement deviendront d'excellents travailleurs pour la campagne. Le conseil général, en se rangeant à l'avis de M. Deschamps et de M. Thuillier et en nous accordant quatre gardiens, loin d'avoir accru les dépenses, aura donc au contraire augmenté les recettes.

Ainsi, envoyer les alcooliques, sous bonne garde, travailler à la campagne et dans les ateliers, ce n'est pas seulement faire de la bonne thérapeutique, mais encore de la bonne administration, et il est d'autant plus profitable d'occuper ces malades au dehors, qu'en les tenant toujours enfermés à confectionner des chaussons on arrive à avoir un stock considérable d'un produit très difficile à écouler et sur lequel on perdra certainement plus que la dépense résultant du supplément de personnel qu'on a bien voulu nous accorder.

Les résultats, bons ou mauvais, que nous obtiendrous, nous nous engageons à les faire connaître scrupuleusement, sans atténuer en rien les échecs que nous subirons. Je l'ai déjà écrit, il ne serait pas digne d'un grand pays aussi humanitaire que le nôtre de ne point tenter, en faveur des buveurs, qu'ils soient au fond des malades ou des vicieux, un moyen de traitement ou de correction qui fournit à l'étranger de 30 à 35 pour 100 de guérisons ou d'amendement, mais à la condition d'être des juges impartiaux, des hommes de science poursuivant des observations, ni partisans enthousiastes ni détracteurs systématiques. C'est afin de ne pas différer plus longtemps cette très intéressante et très utile expérience, sans attendre l'ouverture de l'asile spécial, que je me suis empressé de donner d'abord le premier quartier de ma division d'hommes aux buveurs, et ensuite de proposer la grande section d'Esquirol, réduisant à 145 lits mon grand service d'épileptiques, afin de leur trouver un nombre de places suffisant. Le difficile sera de les garder le temps nécessaire à assurer la cure, lors d'un premier internement. Nombreux, en effet, avons-nous établi, sont ceux

chargés de famille, ayant femme et enfants, ceux-ci au nombre de trois, quatre et même cinq. En l'absence du chef, c'est la misère noire au foyer, les petits criant la faim. Déjà j'ai dû en laisser sortir quelques-uns après moins d'un mois d'abstinence, laps de temps de toute évidence trop court, car le minimum, au dire des confrères expérimentés, est de six mois, mais il a été bien convenu, avec les malades et leur famille, qu'une rechute entraînera, sans rémission aucune, un internement d'un semestre au moins. Contre celle-ci nous comptons beaucoup sur le concours des sociétés de tempérance et de patronage, continuant au dehors l'œuvre commencée à l'asile, et aidant le sortant à trouver une occupation autre que celle qu'il avait avant sa maladie, si elle lui procure de trop fréquentes occasions de boire, et surtout si elle a été la génératrice de son intempérance; tous nos confrères étrangers sont d'accord sur la nécessité de ce changement de profession dans les conditions indiquées; pour eux, la rechute est à peu près certaine si le buveur est replacé dans le milieu qui engendra son ivrognerie.

Eh bien, cette cure que nous tentons à Ville-Évrard, pourquoi nos collègues des grands asiles de province ne la tenteraient-ils pas également ? C'est en partie dans le but de les y exhorter que j'écris ce mémoire. Sans doute les alcooliques sont plus nombreux dans la Seine qu'ailleurs, mais dans beaucoup de départements il y a encore une proportion de buveurs de près de 20 pour 100, sinon plus. Dans certains établissements provinciaux, ils suffiraient à remplir une section ; ces maisons auraient ainsi leur quartier spécial pour la cure des buveurs. Si leur nombre était insuffisant à peupler la section, rien n'empêcherait de combler les vides avec certains aliénés paisibles, non alcooliques il est vrai, mais auxquels, pour des raisons tirées soit de leur état mental, soit de leur état physique, conviendrait le régime abstinent. Il importerait, je crois, d'être vite et sérieusement fixé sur

la valeur de la méthode; or, le moyen que nous enseignons, consistant à multiplier les essais sur les points les plus opposés du territoire, nous fournirait ce double résultat avec des chances de certitude, les expériences étant conduites par des savants divers dans des milieux différents. Il n'y aurait pas à se préoccuper outre mesure du recrutement du personnel abstinent. A en juger par mon expérience personnelle, ainsi que je l'ai dit plus haut, l'équivalent de la ration de vin étant payée en argent, on trouve facilement des gardiens qui acceptent cette situation. Ce recrutement devient plus difficile si l'on veut des hommes réellement abstinents, de vrais abstènes, qui jamais ne goûtent à l'alcool. Cependant on en trouve encore, et même beaucoup plus qu'on ne croirait. Plus sérieuse pour les directeurs-médecins de province est la question de dépense, leur capacité médico-administrative étant presque toujours jaugée par les assemblées départementales d'après les bonis. Il n'est pas contestable que l'alcoolique, tel que nous le traitons à Ville-Évrard, coûte bien plus cher au département que l'aliéné ordinaire. Le thé, la gentiane, le lait, représentent incontestablement une dépense plus forte que le vin qu'ils remplacent. Dans la Seine, nous avons le bonheur de posséder un Conseil général qui ne refuse jamais rien dès qu'il s'agit d'assister des malheureux, et nous en avons eu encore la preuve cette année même, par les quatre gardiens supplémentaires qu'il nous a accordés; mais il n'en est malheureusement pas partout ainsi. D'ailleurs, non seulement il n'est pas nécessaire, mais même mieux vaudrait ne pas faire si grand qu'ici. On trouvera, dans mon mémoire sur *le Régime intérieur des asiles de buveurs*, publié par la *Revue d'hygiène*, longuement développées les raisons pour lesquelles je crois qu'il est préférable de remplacer le vin supprimé simplement par un pot de gentiane, qui ne coûte que quelques centimes, et un pot du breuvage dont j'ai parlé

plus haut et dont je donne, dans ce mémoire, la composition et la fabrication ; le litre revient à 7 centimes ; dans ces conditions, la question d'argent n'aurait plus sa raison d'être. Enfin, il y a aussi à se préoccuper de l'écoulement des produits confectionnés, chaussons et paillassons, qui, avec un nombre même modéré d'alcooliques travaillant dans le quartier d'où ils ne doivent pas sortir durant le temps d'isolement, excéderont certainement les besoins de la maison. Le mieux, à mon avis, est de s'entendre avec les autres établissements hospitaliers de la ville et de la région, afin de les approvisionner de ces deux fournitures.

Ainsi a fonctionné, en 1894, le premier service spécial d'alcooliques ouvert en France ; nous poursuivrons notre expérience sans parti pris, dans l'unique but de nous assurer si la méthode thérapeutique qui, à l'étranger, procure de 30 à 40 pour 100 de guérisons, est susceptible d'agir aussi efficacement sur les buveurs de notre pays. Quel que soit le résultat définitif, bon ou mauvais, nous n'aurons pas à regretter d'avoir entrepris cette œuvre.

NÉCROLOGIE

Alphonse Guérin.

Alphonse Guérin vient d'être emporté en quelques jours par une congestion pulmonaire. Il était né en 1816. Il n'avait donc comme anciens que MM. Maisonneuve et Marjolin, qui restent les doyens de la chirurgie française. Rien ne faisait prévoir cette fin soudaine; il présidait le concours de l'internat des hôpitaux, et c'est en sortant d'une des séances de ce concours, qui dure depuis plus de trois mois, qu'il a dû s'aliter; on peut dire qu'il a succombé à la peine. J'avais, il y a peu de jours, au sujet des modifications à apporter au concours de l'internat pour en abréger la durée, une longue conversation avec lui. Il disparaît avant d'avoir pu voir mettre ses idées en pratique. Il n'aura pas non plus la joie de présider le prochain congrès français de chirurgie, ce

qui était pour lui comme le couronnement suprême de sa carrière chirurgicale.

Il parlait déjà du discours d'ouverture qu'il prononcerait à la première séance de notre congrès : « Ce sera, me disait-il, comme mon testament scientifique. » Il est probable qu'il aurait revendiqué hautement la part considérable qui lui revient dans la découverte de l'antisepsie. C'était, d'ailleurs, le sujet qui lui tenait le plus à cœur, et tous ceux qui l'ont approché se rappelleront avec quelle énergie il défendait ses droits à cet égard. On n'a pas oublié les nombreuses polémiques soulevées sur ce point ; l'an dernier encore, n'est-il pas venu à la tribune de la Société de chirurgie réclamer ce qui lui était dû. Il ne faut pas oublier, comme il aimait à le répéter, « qu'il est le premier chirurgien qui se soit lavé les mains *avant* d'opérer ». Son pansement ouaté, qu'on n'emploie plus aujourd'hui, n'en était pas moins, à l'époque où il l'a préconisé, une véritable révolution dans la chirurgie des membres ; grâce à lui, le nom d'Alphonse Guérin est inséparable de l'histoire de l'antisepsie. Je ne veux pas rappeler ici la liste de ses nombreux travaux. Son *Traité de médecine opératoire* a servi à toute une génération de chirurgiens. Ses préceptes sur le meilleur mode d'administration du chloroforme sont encore bons à suivre. Tous ses élèves et tous ses amis garderont au vieux maître le souvenir ému de ses hautes qualités d'esprit et de cœur. Ce fut, avant tout, un caractère ; très entier, toujours cassant avec ceux dont la correction professionnelle lui paraissait suspecte, il reste un modèle de probité scientifique. Il est demeuré fidèle à ces convictions de jeunesse qu'il avait, en mainte circonstance, eu l'occasion d'affirmer publiquement, et ses adversaires se sont toujours inclinés respectueusement devant lui. Je suis personnellement très ému de donner à Alphonse Guérin cette dernière marque de reconnaissance et d'affectueuse estime en écrivant ces quelques mots pour le *Bulletin de thérapeutique*.

Dr Aimé GUINARD.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

UN BUSTE AU DOCTEUR DUJARDIN-BEAUMETZ

DANS SON SERVICE DE L'HOPITAL COCHIN

Les élèves et les amis du docteur Dujardin-Beaumetz ont ouvert une souscription pour faire placer, à l'hôpital Cochin, au milieu de l'ancien service de la clinique thérapeutique, une reproduction en bronze du buste en marbre que le maître fit exécuter, en 1886, par le sculpteur Franceschi.

Tous les élèves, tous les amis du maître regretté, tous les lecteurs du *Bulletin général de thérapeutique*, auront à cœur de se réunir pour perpétuer, au milieu de son ancien service, le souvenir de l'homme de devoir, de science et de grand cœur que fut Dujardin-Beaumetz.

Il s'agit d'une œuvre d'intimité où l'affection et la reconnaissance ont la meilleure part; nous ne doutons pas que les lecteurs du *Bulletin*, qui sont tous des amis, nous reprocheraient de ne pas les y associer.

Les souscriptions sont recueillies par le docteur Stackler, ancien interne des hôpitaux, 1, rue d'Édimbourg, à Paris.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

Contribution à l'étude de l'asaprol dans la thérapeutique infantile;

Par le docteur Moncorvo, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

I

L'agrandissement des ressources curatives est à coup sûr l'une des plus actives préoccupations de ceux qui se consacrent à l'étude et à l'exercice de la pédiatrie. Les remarquables progrès accomplis dans le domaine de la thérapeutique générale, grâce surtout aux inépuisables découvertes de la chimie moderne, ne pouvaient certes manquer de bénéficier à cette branche spéciale de la clinique, laquelle a bien attiré, dans ces dernières années, une attention toute particulière.

C'est ainsi, par exemple, que les heureuses acquisitions que nous devons aux recherches entreprises l'une après l'autre au sujet des différents dérivés de la série aromatique, ont considérablement enrichi déjà la thérapeutique infantile ; et il nous suffit de citer les succès bien répandus de la résorcine, de l'antipyrine, de la thalline, de l'antifébrine, de la phénacétine, de l'exalgine pour en faire la preuve. On peut donc signaler la série aromatique comme étant l'une des sources les plus fécondes d'une classe de médicaments possédant des pouvoirs multiples s'adressant, avec une activité à peu près égale, contre la douleur, la fièvre, l'infection et les hémorragies périphériques. Or, parmi ceux-ci, il est juste de placer au premier rang l'un des plus récents, le naphtol, dont la valeur comme germicide a été expérimentalement mise en évidence par M. le professeur Bouchard. Les succès recueillis partout de son emploi en cette qualité

ne pouvaient pourtant suffire à tous les cas où l'on en pourrait tirer parti, vu son insolubilité, qui en restreignait les applications. Ce regrettable inconvénient ne tarda guère à éveiller, chez l'un de nos plus savants thérapeutes, M. Dujardin-Beaumetz, l'idée d'obtenir du naphtol un dérivé soluble qui, à côté d'un équivalent toxique médiocre, jouirait d'un pouvoir bactéricide puissant, devenant, en conséquence, utilisable pour l'antisepsie générale. De fait, dès le mois d'août 1889, sur la demande de M. Dujardin-Beaumetz, M. Y. Bang se mit à la recherche d'un dérivé du naphtol possédant les qualités voulues, et au mois de mars 1892, à la suite de patientes et longues investigations, on s'arrêtait à l'adoption d'un éther sulfurique du naphtol β à l'état de sel de calcium, qui a reçu le nom d'*asaprol*. Ce produit, fabriqué par MM. Scheurer-Kestner et Rolting, de Thann, a été d'abord présenté à l'état de solution, et plus tard sous la forme d'une poudre d'une coloration rosée, d'une consistance un peu poisseuse, d'une odeur rappelant celle du naphtol, douée d'une saveur légèrement amère qui ne tarde pas à devenir douceâtre et extrêmement soluble dans l'eau.

J'ai en effet vérifié, comme l'avaient fait MM. Dujardin-Beaumetz et Stackler, que 100 parties d'eau à 18 degrés (notre température moyenne) dissolvent 170 d'asaprol. En l'étudiant soigneusement, ces expérimentateurs sont arrivés à cette conclusion que l'asaprol est le plus soluble, le plus antiseptique, et aussi le moins toxique de tous les dérivés du naphtol.

Les recherches de MM. Stackler et Dubief, collaborateurs de M. Dujardin-Beaumetz, ont fait voir que 7 grammes de cet agent médicamenteux empêchent le développement du bacille d'Eberth dans 1 litre de culture, de même que 16 grammes de la substance amènent l'arrêt du développement du bacille pyocyanique dans 1 litre de bouillon. L'asaprol agit d'une égale façon sur les cultures du microorganisme

du charbon, du choléra asiatique et la diarrhée verte, dans la proportion de 8 centigrammes pour 10 centimètres cubes de bouillon. Les cultures du germe de la morve et du bacille *coli* sont, elles aussi, atténuées par ce produit (3 à 10 centigrammes pour 10 centimètres cubes de bouillon). En l'essayant, pour notre part, vis-à-vis des cultures du germe de la coqueluche, nous avons constaté, Moncorvo fils et moi, que 5 grammes de la substance en empêchent le développement dans 1 litre de milieu nutritif. Dans un autre côté, les recherches cliniques auxquelles je me suis livré m'autorisent à croire que l'asaprol exerce également une action bactéricide vis-à-vis du microorganisme malarigène.

Les expériences comparatives faites avec les divers dérivés du naphtol ont permis de reconnaître que le pouvoir bactéricide de l'asaprol est une fois et demie à deux fois plus fort que celui des précédents.

La partie expérimentale de cette étude, à laquelle je n'aurai rien à ajouter, se trouve relatée en détail dans le remarquable mémoire publié en 1893 par MM. Dujardin-Beaumetz et Stackler (1).

Mon but, dans ce travail, est d'exposer le résultat de mes recherches thérapeutiques sur l'asaprol dans le domaine de la clinique infantile. Avant d'aborder pourtant mon sujet, je passerai brièvement en revue les résultats de mes investigations faites dans l'enfance, par rapport aux effets généraux du nouveau médicament vis-à-vis de la température, du pouls et de la respiration.

Chez un certain nombre d'enfants à l'état sain, ou affectés de maladies purement locales, l'administration de l'asaprol à des doses variées n'a exercé aucune modification appréciable du côté de la chaleur, ni du pouls, et en-

(1) *Recherches thérapeutiques sur un dérivé soluble du naphtol* β *(asaprol). Bulletin général de thérapeutique*, Paris, 1893, p. 1 et suiv.

core moins du côté de la respiration. Aussi, la tolérance pour ce médicament a été observée chez presque tous ceux qui se trouvaient atteints de maladies fébriles. Les enfants plus âgés n'ont jamais fait aucune plainte sérieuse à l'égard de la saveur du médicament, qui n'a provoqué du reste chez eux aucun effet fâcheux du côté du tube digestif, les doses administrées étant toujours fractionnées. Je dois même ajouter qu'il ne m'a jamais été donné d'observer des selles diarrhéiques provoquées par l'asaprol, ainsi que cela est arrivé chez quelques malades de Dujardin-Beaumetz, notamment chez ceux affectés de rhumatisme.

Chez les enfants atteints d'affections fébriles, telles que la malaria, la lymphangite aiguë, la tuberculose, la bronchite, la broncho-pneumonie, etc., l'asaprol a exercé une influence sensible sur la température aussi bien que sur le pouls. Cette influence s'est produite dans des limites très variables selon les cas.

Le rhumatisme articulaire aigu n'étant que rarement observé dans l'enfance, surtout dans le théâtre de mon observation, il ne m'a pas été permis de contrôler chez les jeunes sujets les effets heureux du médicament contre cette affection signalés par M. Dujardin-Beaumetz. Dans quelques cas de tuberculose aiguë, de bronchites, de broncho-pneumonies, etc., où l'action antithermique de l'asaprol avait fait évidemment défaut, j'ai pu souvent m'assurer que d'autres agents aussi dérivés de la série aromatique, et justement réputés comme de puissants antithermiques, n'avaient alors plus de succès. Je ne me crois pourtant pas autorisé, à l'heure qu'il est, d'affirmer que cette propriété de l'asaprol surpasse celle des précédents, étant donné que la dose administrée soit identique. L'antipyrine, la thalline, la phénacétine, etc., amènent assurément la chute de la chaleur fébrile à des doses bien plus faibles que le médicament qui nous occupe; mais toutes choses égales d'ailleurs, ce dernier

aurait l'avantage d'être un antiseptique plus fort, tout en possédant un équivalent toxique moindre.

En ce qui regarde l'influence de l'asaprol sur la fréquence et le rythme respiratoires chez les jeunes sujets, il ne m'a été donné d'en enregistrer aucun fait positif. Dans les cas d'affections bronchiques ou broncho-pulmonaires, le rapprochement ou le retour des mouvements respiratoires au type normal paraissaient devoir être rapportés à la modification du processus inflammatoire.

Chez plusieurs de mes petits malades, encore même que les doses du médicament aient été peu élevées, il m'a été donné d'observer l'apparition d'une transpiration parfois assez abondante, durant le temps d'action de l'asaprol. MM. Dujardin-Beaumetz et Stackler déclarent l'avoir aussi observée, notamment chez des tuberculeux. Dans mes observations, je la trouve signalée dans le cas de tuberculose, et aussi dans des cas de malaria.

Je n'ai pu jamais découvrir, chez mes jeunes sujets, la moindre manifestation cérébrale pénible par l'effet du médicament ; jamais de céphalées, ni de vertiges, ni de bourdonnements d'oreilles, comme il arrive par suite de l'emploi de la quinine et du salicylate de soude. Par contre, dans certains cas d'excitation cérébrale, il m'a paru agir comme un calmant, en procurant au petit malade un sommeil plus long et plus tranquille.

Dans tous les cas de M. Dujardin-Beaumetz, l'asaprol n'a fait naître aucune éruption cutanée. Bien au contraire, il aurait vu disparaître des efflorescences préexistantes. En ce qui me regarde, je dois cependant déclarer avoir constaté deux fois, chez des petits enfants, un érythème, occupant plus particulièrement le tronc, survenu à la suite de l'usage de l'asaprol, et disparaissant peu après son interruption. Ces enfants, il faut bien le dire, étaient doués d'un tempérament nerveux fort excitable.

Dans la majorité de mes observations, j'ai été à même de signaler l'augmentation de la quantité de l'urine. Ce fait a été spécialement noté chez mes petits malariens, qui présentaient une oligurie plus ou moins accusée. Quand l'urine de mes petits malades contenait de l'albumine, l'administration du médicament m'a semblé en augmenter la proportion. Il y a donc analogie entre mes observations chez l'enfant et celles faites chez les adultes par MM. Dujardin-Beaumetz et Stackler; d'après eux, la présence d'une quantité moyenne d'albumine dans l'urine ne serait pas une contre-indication à l'administration de l'asaprol à des doses modérées.

L'asaprol possède une propriété qui n'a point été signalée et qui augmente la valeur de ce médicament; je veux parler de son pouvoir hémostatique. Mon attention a été attirée de ce côté par Moncorvo fils, qui a vu chez une petite fille, à qui je venais d'ouvrir un abcès, un écoulement sanguin s'arrêter par l'introduction dans le foyer d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution concentrée d'asaprol. Ce premier fait bien avéré d'hémostase fut bientôt suivi de plusieurs autres, parmi lesquels je citerai les suivants :

a. — Un jeune homme se fait accidentellement, au moyen d'un canif, une profonde incision à la pulpe du pouce gauche, à laquelle succède un écoulement abondant de sang. On applique de suite sur les bords de l'incision une certaine quantité d'asaprol en substance à l'aide d'une pelote d'ouate, et au bout de trois minutes le sang avait entièrement cessé de couler.

b. — Un homme de soixante ans est profondément blessé à la région thénar de la main gauche, d'où hémorragie rebelle à divers moyens tentés pour l'arrêter, y compris la compression. On applique alors sur le point blessé une compresse d'ouate imbibée d'une solution concentrée d'asaprol, et dans le court laps de trois minutes, l'écoulement s'était complètement arrêté.

c. — Un jeune garçon est pris subitement, à la suite d'un copieux repas, d'une épistaxis profuse qui tend à se prolonger malgré des lavages répétés d'eau froide. On recourt donc au tamponnement de la narine droite, d'où provenait le sang, au moyen de l'ouate imprégnée de poudre d'asaprol. Or, en retirant l'ouate, deux minutes et demie après, on constate la cessation de l'hémorragie.

d. — Un homme bien portant, au moment d'ouvrir un canif, se fait involontairement, au pouce gauche, une blessure quelque peu profonde donnant lieu à une hémorragie veineuse abondante. Un tampon imprégné d'asaprol en poudre, maintenu pendant moins de trois minutes, amène la cessation de l'écoulement sanguin, et la cicatrisation s'opère par première intention.

e. — A la suite de la dilatation d'un abcès sous-scapulaire chez une fillette de mon service, il survint une hémorragie à travers les lèvres de l'incision. Un tampon fortement imprégné d'asaprol y fut introduit et mit promptement fin à la perte sanguine qu'il convenait d'éviter à tout prix, en raison de l'état de dépérissement extrême de l'enfant.

f. — Dans quelques cas de débridement du frein lingual, que j'ai dernièrement pratiqué dans mon service, j'ai eu recours au badigeonnage préalable de la région avec une solution concentrée d'asaprol, et évitait de la sorte la moindre hémorragie.

g.— L'un de mes assistants, M. O'Reilly, devant une hémorragie en nappe abondante provenant de la muqueuse préputiale, appliqua sur la surface saignante une couche d'ouate imbibée d'une solution d'asaprol ; l'action hémostatique ne se fit guère attendre.

Je chargeai, après ces faits, Moncorvo fils d'étudier expérimentalement l'action hémostatique de l'asaprol, en agissant envers ce nouveau produit comme je l'avais fait avec l'antipyrine, la thalline, l'acétanilide et la phénacétine(1). Dans mes

(1) Moncorvo, *De l'antipyrine, de la thalline, de l'antifébrine et de la phénacétine au point de vue hémostatique*. Paris, 1889. O. Berthier, éditeur.

expériences faites en 1889, j'avais en effet rendu bien évidente la supériorité des deux premiers de ces agents sur l'ergotine et le perchlorure de fer vis-à-vis des hémorragies, contre lesquelles ils peuvent agir directement. Or, des expériences analogues, pratiquées avec l'asaprol, lui ont assuré à bon droit une place à côté de l'antipyrine et de la thalline, au point de vue hémostatique.

Première expérience. — Cobaye pesant 210 grammes. Hémorragie profuse à la suite de la désarticulation huméro-cubitale droite pratiquée à 4 heures de l'après-midi. Application d'un tampon imbibé d'une solution saturée d'asaprol. Trois minutes après, l'écoulement sanguin avait cessé.

Deuxième expérience. — Cobaye, poids 220 grammes. Amputation du membre postérieur droit. Perte abondante de sang. A 4 heures de l'après-midi, on applique sur la surface saignante une couche d'ouate trempée dans une solution très concentrée d'asaprol. A 4 h. 03, on lève l'ouate et on constate la disparition de l'hémorragie.

En faisant de nouvelles expériences comparatives avec l'antipyrine à ce même point de vue, Moncorvo fils arriva à conclure que le pouvoir hémostatique de l'asaprol est peut-être plus grand que celui de l'antipyrine. De nouvelles recherches viendront décider cette question, mais ce qui reste hors de doute, c'est la propriété fort utilisable que possède le nouvel agent médicamenteux d'enrayer les écoulements sanguins, contre lesquels il agit directement. Dans le but de connaître l'action directe du médicament sur le sang, l'expérience suivante a été instituée :

Dans une préparation de sang frais, Moncorvo fils a introduit, par capillarité, une à deux gouttes d'une faible solution d'asaprol. En soumettant de suite la préparation à l'examen microscopique, il a pu observer ce qui suit : au fur

et à mesure que le liquide se metlait en contact avec les globules sanguins, ceux-ci prenaient immédiatement la forme sphérique, perdaient leur coloration normale pour prendre graduellement une teinte brunâtre plus ou moins sombre, en devenant, au bout de trois à quatre minutes, complètement altérés. Une expérience analogue, pratiquée avec l'antipyrine, a fourni le résultat suivant : en présence de la solution d'antipyrine, les hématies restaient pendant quatre à cinq minutes tout à fait indifférentes, l'hémoglobine ne paraissant pas subir de modifications appréciables. Ce ne fut qu'au bout de ce temps qu'elles commençèrent à s'altérer, jusqu'à leur entière destruction quatre minutes plus tard. Avant cet examen microscopique du sang traité par ces deux agents, l'observation à l'œil nu avait permis de voir que le sang, mêlé avec une solution d'asaprol, aussitôt après sa sortie des vaisseaux, se transformait rapidement en une masse grumeleuse flottant dans un liquide hyalin, le sang artériel passant du rouge rutilant au brun et au brun noirâtre. L'aspect du sang artériel, en contact avec une solution d'antipyrine, ne se modifie pas d'une pareille façon ni aussi promptement.

Il paraît donc, jusqu'à nouvel ordre, que le dérivé soluble du naphtol exerce peut-être sur le sang une action coagulante plus forte que celle de l'antipyrine. La solution de cette question demande pourtant de nouvelles recherches.

J'ajouterai qu'à côté de sa propriété hémostatique, l'asaprol jouit, presque autant que l'antipyrine, d'un pouvoir cicatrisant assez marqué, ce qui le rend d'une très grande utilité pour le pansement des blessures ou des ulcères.

II

Les remarquables effets thérapeutiques de l'asaprol signalés par MM. Dujardin-Beaumetz et Stackler, chez les adultes, m'ont encouragé à l'essayer vis-à-vis de l'enfance. Mon des-

sein a pu être bientôt satisfait, MM. Scheurer-Kestner et Költing m'ayant remis gracieusement des échantillons d'asaprol sous la forme pulvérulente dont se sont également servis dans leurs recherches les deux expérimentateurs français. Je l'ai essayé sur plus de cent enfants affectés de maladies les plus diverses, aiguës ou chroniques, générales ou locales. J'ai prélevé sur les cas en question un stock de cinquante-sept observations, qui m'ont paru les plus instructives, et que je relaterai plus ou moins en détail. Ces observations comprennent des enfants des deux sexes, dont l'âge a varié de dix jours à quinze ans. Le médicament fut administré depuis 25 centigrammes jusqu'à 3 grammes par vingt-quatre heures, presque toujours dilué dans de l'eau sucrée ou additionnée d'un sirop comme celui de Tolu, de groseilles, de cannelle, etc. Dans tous les cas, il a été donné à des doses fractionnées, ce qui a beaucoup contribué sans doute à ce qu'il a été, presque sans exception, très bien supporté par les jeunes sujets.

Pour les lotions, les irrigations ou les lavages, je me suis toujours servi d'une solution aqueuse dont la proportion variait de 1 à 5 pour 100.

Enfin, pour les applications sur la peau ou sur la muqueuse nasale et bucco-pharyngienne, j'ai eu recours, comme véhicule, soit à la vaseline associée ou non à la lanoline, soit encore à un vernis selon une formule analogue à celle adoptée pour le stérésol par M. Berlioz, de Grenoble.

Pour plus de clarté, je diviserai donc mes observations en deux groupes: le premier comprenant des cas où l'asaprol fut administré par la voie gastrique, le second se rapportant aux applications locales ou externes.

A. — ADMINISTRATION A L'INTÉRIEUR.

Ce groupe comprend des observations concernant l'emploi de l'asaprol dans le traitement de la malaria aiguë, de

la tuberculose, ainsi que de la broncho-pneumonie. Il ne m'a pas été possible de l'essayer dans des cas de rhumatisme articulaire aigu ou musculaire, les faits de ce genre n'ayant point été observés dans mon service au temps de ces recherches thérapeutiques. Dans tous les cas, le médicament a été le seul agent antithermique ou antiseptique employé, et c'est à peine si chez quelques petits malades j'ai étudié comparativement l'action d'autres agents synergiques.

A. *Malaria*. — Parmi les faits se rapportant à l'étude de l'asaprol dans le traitement du paludisme aigu, j'ai prélevé les quinze observations qui suivent concernant des enfants dont l'âge varie de quinze jours à douze ans, en outre deux autres qu'on trouvera plus loin au chapitre consacré au traitement de la coqueluche.

Observation I. *Hérédo-syphilis. Malaria.* — Adalbert, quinze jours. Père ayant présenté des accidents secondaires de la syphilis. Allaitement artificiel. Peau parsemée de papules miliaires. Depuis quatre jours, des selles catarrhales sanguinolentes en nombre croissant, précédées et suivies de ténesme. Ventre ballonné. Langue recouverte d'un léger enduit saburral. Soif vive. A cette même époque, apparition d'une fièvre subcontinue aux maxima vespérals. Le petit malade tombe alors dans un état marqué de prostration et ses extrémités se refroidissent. Ventre ballonné. Le foie et la rate quelque peu augmentés.

Potion avec 25 centigrammes d'asaprol.

Pendant les deux jours qui suivirent, la fièvre s'amenda quelque peu, les maxima de la chaleur ne dépassant pas 38 degrés, tandis qu'avant l'administration de l'asaprol, ils arrivaient à 39 degrés. Aussi les nuits devinrent plus calmes, les coliques n'étant que très rares et beaucoup moins accusées.

La dose journalière de l'asaprol fut élevée à 50 centigrammes, et la chaleur baissa définitivement quarante-huit heures après. Aussi les selles reprirent leur composition et leur colora-

tion physiologiques. Le foie et la rate s'étaient réduits à leurs dimensions normales.

Observation II. *Malaria aiguë.* — Petite négresse de vingt-cinq jours, née à Rio, présentée le 4 septembre 1894. Cette fillette, nourrie au sein par sa mère, n'avait rien présenté d'anormal jusqu'aux cinq derniers jours, lorsqu'il survint une diarrhée d'abord peu accusée, mais étant devenue plus fréquente pendant les dernières vingt-quatre heures, se compliquant de plus de coliques. Nuits mauvaises, insomnie, agitation, gémissements; au tomber du jour, accroissement de la chaleur du tronc, coïncidant avec le refroidissement des extrémités. Au moment de la visite, température rectale, 37°,7. Langue chargée. Soif. Ventre ballonné. Rate augmentée. Aucune tare héréditaire appréciable.

Lavage intestinal avec une solution boriquée à 3 pour 100.

Asaprol, 50 centigrammes en potion.

Le 5 septembre, température rectale, 37°,6. Sommeil plus calme pendant la dernière nuit. Accès plus court, l'hypothermie périphérique ayant été moins accusée.

Quelques selles diarrhéiques encore, les coliques pourtant plus rares et plus légères.

Parfaite tolérance de l'asaprol.

On répète le lavage intestinal et l'on prescrit une potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 6 septembre, température rectale, 37°,2. Nuit précédente excellente. Rate réduite à ses dimensions normales. Langue nette. Soif éteinte. Les coliques plus espacées et fort amendées. Diarrhée beaucoup modifiée. Ventre flasque. Transpiration au cours de l'emploi du médicament.

Lavage intestinal avec une solution d'asaprol à 1 pour 100. Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 7 septembre, les accès n'ont plus reparu. Les selles, au nombre de deux par jour, ont presque tout à fait repris leur aspect normal. L'enfant tette bien et se tient gaie et tranquille.

Calomel, 10 centigrammes.

Le 11 septembre, l'enfant n'a plus éprouvé de coliques ni elle n'a plus eu d'accès. On suspend tout traitement.

Le 19 novembre, je revis l'enfant, qui se portait très bien, n'ayant plus eu la moindre manifestation de la malaria.

Observation III. *Hérédo-syphilis. Malaria.* — Nicolau, deux mois, présenté le 10 septembre 1894. Père alcoolique et syphilitique. Le deuxième enfant, le premier ayant succombé trente-huit jours après sa naissance, avec les manifestations les plus graves de la vérole congénitale. Enfant très peu développé, extrêmement maigre. Peau parcheminée et âpre. Alopécie. Nez violacé. Coryza. Tuméfaction des ganglions périphériques. Sarcocèle double. A partir de six jours, fièvre à type rémittent avec des oscillations fort variables. Diarrhée verte. Depuis quarante-huit heures, à la suite d'un refroidissement, apparition d'un œdème aux pieds, qui gagna progressivement les jambes, les cuisses et les bourses. La mère a fait remarquer que l'enfant donne des signes d'une assez vive souffrance aussitôt qu'on imprime le moindre mouvement à ses deux membres abdominaux.

On ne découvre pourtant aucun symptôme inflammatoire au niveau des grosses ou des petites jointures. Ventre ballonné. Rate tuméfiée. Langue sèche et chargée. Oligurie. Soif. Température rectale, 38°,5. Sommeil agité. Calomel, 25 centigrammes. Potion renfermant 1 gramme d'asaprol. Onctions avec de l'onguent napolitain.

Le 11 septembre, mieux. Nuit calme. Température rectale, 37°,4. Transpiration générale. Rate plus dégonflée. Œdème très réduit. Effet du calomel presque nul.

Calomel, 15 centigrammes. On répète la potion avec de l'asaprol.

Le 12 septembre, température rectale, 37°,2. Transpiration abondante sous l'action du médicament. Rate normale. Ventre flasque. Diurèse augmentée. Langue plus nette. Tette régulièrement. Sommeil très calme.

On suspend la potion asaprolée.

Le 15 septembre, la fièvre a reparu depuis la veille au soir. Température rectale, 37°,8. Agitation pendant la dernière nuit. La rate de nouveau tuméfiée. Selles lientériques. Sarcocèle notoirement amendé sous l'influence de l'onguent napolitain. On renouvelle la potion à l'asaprol.

Le 16 septembre, température rectale, 37 degrés. Nuit calme. Rate revenue à ses dimensions physiologiques. Plus de trace d'œdème. Mouvements indolents.

Le 17 septembre, la chaleur ne se releva plus. Peau humide. Diurèse régulière. Selles jaunâtres. L'enfant dort tranquillement toute la nuit. Sarcocèle presque éteint.

Le 20 octobre, l'enfant se trouvait très bien et presque entièrement hors des manifestations externes de sa vérole congénitale. Il resta après cela exclusivement soumis au traitement hydrargyrique.

Observation IV. *Hérédo-syphilis. Malaria. Bronchite.* — Joaquina, quatre mois, admise dans mon service le 14 août 1894. La dernière de six enfants, dont quatre déjà morts. Allaitement mixte. Coryza dès les premiers jours. Nez au teint jambonné. Alopécie. Pris de fièvre à partir de trois jours, laquelle suit un type rémittent avec des exacerbations nocturnes. Toux grasse, fréquente. Râles ronflants et muqueux disséminés dans les deux poumons. Rate gonflée. Selles diarrhéiques, grumeleuses, panachées et accompagnées de coliques. Langue pourvue d'une légère couche de saburre blanchâtre. Température rectale, 37°,6.

Asaprol à la dose de 50 centigrammes en potion.

Le 16 août, diminution des râles. Toux plus rare. Selles au nombre de trois, jaunâtres et moins grumeleuses. État saburral pas encore éteint. Râte encore augmentée. Température rectale, 37°,6. Même traitement.

Le 17 août, température rectale, 37°,4. Plus de fièvre dans la dernière nuit. Langue plus nette. Râles fort diminués. Diurèse augmentée.

On répète la potion à l'asaprol.

Le 18 août, température rectale, 37°,4. Toux presque nulle, toujours apyrétique. L'enfant reste calme et gai.

La potion est toujours administrée à la même dose du médicament.

Le 20 août, température rectale, 37°,2. Rate avec des dimensions normales. Râles presque entièrement éteints.

Asaprol à la même dose en potion.

Le 21 août, la fièvre ne se montre plus. Peau humide. Rien d'appréciable du côté du thorax.

On maintient l'administration du médicament.

Le 25 août, interruption du traitement depuis trente-six heures par l'effet de la négligence de l'infirmière. Les selles redevinrent un peu plus fluides et grumeleuses. Température rectale, 37°,6. Plus de traces de bronchite. Aussi pas de gonflement hépatique ni splénique.

Je fais reprendre l'emploi de la potion à l'asaprol.

Le 27 août, quelques selles encore diarrhéiques dues très probablement au lait qui a manqué d'être dûment stérilisé. Hors cela, tout va très bien. Plus d'élévation de la chaleur du corps.

Le 29 août, diarrhée éteinte. Bon appétit. Sommeil tranquille. Plus de symptômes bronchiques. Toujours la potion asaprolée.

Le 31 août, très rassurée devant les résultats déjà obtenus, l'infirmière suspend depuis quarante-huit heures l'emploi du médicament. En conséquence, on a vu la chaleur remonter à 39°,2, en même temps que le foie redevenir tuméfié. Aussi réapparition de la diarrhée. Léger état saburral. Je prescris une potion renfermant 1 gramme d'asaprol.

Le 3 septembre, la potion fut régulièrement administrée, ce qui amena l'abaissement de la chaleur, le dégonflement du foie, aussi bien que la cessation du flux diarrhéique. Ce résultat resta permanent, l'enfant étant soumis, par suite, au traitement arsénical. Au cours de l'administration de l'asaprol, la peau se couvrait de sueur et la diurèse augmentait.

Observation V. *Malaria.* — Alice, cinq mois, née à Rio,

amenée dans mon service le 29 septembre 1894. Allaitement mixte. Nutrition ralentie. Depuis deux jours, fièvre à type rémittent assez irrégulier, avec élévation plus marquée au cours de la nuit. Au moment de la visite, température rectale, 37°,6. Langue recouverte d'un enduit saburral à la base. Soif. Rate augmentée de volume. Ventre quelque peu ballonné. Diarrhée grumeleuse, verdâtre, fétide, très fréquente. Sommeil agité. Grognone.

Calomel, 25 centigrammes, suivi d'une potion avec 50 centigrammes d'asaprol.

Le 1er octobre, amélioration marquée. La fièvre a disparu, et c'est à peine s'il y a eu une légère élévation de la chaleur hier soir, alors que la potion de l'asaprol était épuisée dès l'après-midi. Diarrhée beaucoup amendée. Ventre flasque. Enfant plus calme. Sommeil plus prolongé. On répète la potion à l'asaprol.

Le 6 octobre, la température reste normale au cours de l'administration, mais elle se relève de quelques dixièmes au-dessus de la moyenne normale aussitôt l'interruption du médicament. La diarrhée presque complètement éteinte. La rate sensiblement réduite. L'enfant tette avec moins d'avidité et dort bien.

On poursuit quelques jours encore l'administration de l'asaprol, et tout rentre définitivement dans l'ordre sans que la fièvre eût reparu.

Observation VI. *Hérédo-syphilis. Malaria.* — Laudelino, âgé de six mois, né à Rio, admis dans mon service le 27 août 1894. Organisation faible, rachitisme. Stigmates de la vérole congénitale. Fièvre depuis une semaine. État saburral. Anorexie. Ventre ballonné. Rate tuméfiée. Diarrhée bilieuse d'une extrême fétidité. La fièvre a suivi un type rémittent assez irrégulier. Insomnie.

Calomel, suivi d'une potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 29 août, amélioration. Apyrexie au moment de la visite. État saburral moins accusé. Rate encore gonflée. On maintient la potion à l'asaprol.

Le 30 août, meilleur appétit. Langue plus nette. Diarrhée amendée. Apyrexie. Toux. Quelques râles ronflants.

On répète l'asaprol à la même dose.

Le 31 août, la potion nouvellement prescrite n'ayant pu être administrée hier avant l'après-midi, l'enfant fut pris, vers 4 heures, d'un léger accès de fièvre. Aussitôt qu'on la renouvela, la chaleur fébrile s'abaissa graduellement à la normale. Rate encore augmentée de volume. Quelques selles diarrhéiques précédées de coliques.

On insiste sur l'emploi de l'asaprol en potion.

Le 1er septembre, température rectale, 37°,4. Langue plus nette. Rate plus réduite. Quelques coliques dans la nuit. Diarrhée très atténuée. Râles ronflants en plus grand nombre.

Toujours la potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 3 septembre, amélioration marquée. L'administration de la potion ne cessa d'être faite au cours des deux derniers jours. Rate dégonflée. Les coliques cessèrent en même temps que la diarrhée. Langue nette. Appétit plus accusé.

On répète la potion asaprolée, à laquelle on ajoute une autre avec de l'extrait de noix de kola.

Le 10 septembre, la fièvre n'a plus reparu. Plus de traces de la bronchite. L'enfant se trouve très bien. On le soumet désormais à un traitement arsenical.

Observation VII. *Broncho-pneumonie. Malaria.* — Adolphe, six mois, né à Rio, amené au service le 4 septembre 1894. Le seul enfant issu de parents faibles. Allaitement mixte. Troubles digestifs fréquents. Toux, agitation, insomnie, fièvre et diarrhée depuis plus d'une semaine. Peau sèche. Température rectale, 40°,2. Langue sèche et chargée. Soif. Inappétence. Ventre ballonné. Foie et rate engorgés. Des râles ronflants épars des deux côtés. Souffle au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche. Matité à la partie inférieure de la paroi postérieure du thorax.

Potion avec 3 grammes d'asaprol. Révulsif sur le thorax.

Le 5 septembre, température rectale, 40 degrés à l'occasion

de la visite ; vers 6 heures du matin, celle-ci avait pourtant baissé à 39 degrés. Langue plus nette et plus humide. Pas de modification appréciable du côté du thorax.

Asaprol, 3 grammes en potion.

Badigeonnage de teinture d'iode.

Le 6 septembre, température rectale, 40 degrés. Peau baignée de sueur. Les râles amendés. Souffle moins intense. Matité moins accusée. Agitation. Insomnie. Rate moins tuméfiée. Foie augmenté. On répète l'asaprol à la même dose. Grog. Calomel. Badigeonnage.

Le 7 septembre, température rectale, 39 degrés. R. 44. Foie plus réduit.

Langue nette. Toux plus fréquente. Pluie de râles sous-crépitants dans le tiers inférieur du poumon gauche. Quelques selles diarrhéiques. Oligurie.

Potion avec 3 grammes d'asaprol. Ipéca. Grog. Révulsif.

Le 8 septembre, l'ipéca n'a point réussi. Mêmes conditions.

La dose de l'asaprol épuisée n'a pas dépassé 2 grammes. Je substitue à l'asaprol de l'antipyrine à la dose de 1 gramme, et je prescris de plus une potion avec de la caféine et de l'alcool.

Le 9 septembre, la chaleur fébrile, après avoir baissé de 1 degré sous l'action de l'antipyrine, se relève vers le moment de la visite. Ventre ballonné. Constipation. Mêmes conditions du côté de l'appareil respiratoire.

Calomel, 35 centigrammes. Potion avec 1 gramme d'antipyrine.

Le 10 septembre, température rectale, 39 degrés. Même situation. La courbe thermique ne subit guère une modification marquée par l'effet de l'administration suivie de l'antipyrine, pas plus que sous l'influence de l'asaprol.

Potion avec 1 gramme de quinine et 50 centigrammes d'antipyrine.

Le 11 septembre, température rectale, 38°,5. Râles sibilants et ronflants disséminés de deux côtés. Toux répétée.

On répète la potion précédente.

Le 12 septembre, température rectale, 39 degrés. Les râles fins ont envahi tout le poumon gauche et la base du poumon droit. Souffle plus notoire à gauche. Tirage sus et sous-sternal. Hyposystolie. Abattement. Peau sèche. Foie tuméfié. Constipation.

Je conseille la reprise de la quinine, à laquelle j'ajoute l'emploi de la caféine, mais l'enfant n'est plus ramené.

Observation VIII. *Hérédo-syphilis. Malaria aiguë. Bronchite.* — Iria, dix mois, née à Rio, présentée le 5 septembre 1894. Cette fillette, portant des traces caractéristiques de la vérole congénitale, avait été prise, depuis dix jours, d'une fièvre à marche irrégulière accompagnée de toux grasse et de diarrhée. Elle se trouvait quelque peu abattue, dormait mal, et avait perdu l'appétit. Foie et rate gonflés. Langue chargée. Râles bronchitiques des deux côtés. La diarrhée plus marquée pendant les derniers jours. Température rectale, 39°,8.

Potion avec 2 grammes d'asaprol.

Le 6 septembre, température rectale, 39°,8. État saburral encore accusé. Diarrhée amendée. Rate plus réduite. Les phénomènes bronchitiques plus marqués. Nuit mauvaise, insomnie, des gémissements.

Ipéca. Potion avec 3 grammes d'asaprol.

Le 7 septembre, température rectale, 37°,5. Effet très satisfaisant de l'ipéca. Râles presque entièrement éteints. Peau humide. Langue plus nette. Foie et rate dégonflés. Diarrhée presque nulle. Sommeil assez calme pendant la dernière nuit.

Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 8 septembre, amélioration marquée. Température normale.

On répète l'emploi de l'asaprol à la même dose.

Le 12 septembre, toujours bien. La température se maintient à la normale. L'enfant très animée et gaie. Foie et rate réduits à leurs dimensions normales. Langue entièrement nette. Bon appétit. Selles normales. La bronchite éteinte.

On la soumet désormais au traitement antisyphilitique, et

depuis lors jusqu'à la fin du mois de novembre suivant, on n'a plus vu apparaître aucune manifestation de malaria.

Observation IX. *Malaria. Hérédo-syphilis.* — Alfred, âgé d'un an, né à Rio et amené dans mon service le 6 octobre 1894. Père syphilitique. Allaitement mixte. Dentition vers le neuvième mois. Marche au dixième mois. Croûtes au cuir chevelu. Coryza. Coloration jambonnée du lobule nasal. Adénopathie cervicale, préépitrochléenne et inguinale. A partir de quinze jours, toux grasse suivie, les cinq derniers jours, de fièvre à type rémittent irrégulier, avec des exacerbations vespérales sans être précédées de refroidissement ni suivis de transpiration. Langue chargée. Perte de l'appétit. Constipation. Le foie et la rate tuméfiés. Dans la nuit, insomnie, agitation, des plaintes et des gémissements. Prostration.

Je lui prescris une potion journalière renfermant 1gr,50 d'asaprol.

Le 8 octobre, la chaleur fébrile s'amenda graduellement pour se maintenir, depuis la veille, à la normale. Peau humide. Langue plus nette. Ventre flasque. Foie et rate revenus à leurs dimensions normales. L'appétit commence à renaître. Le sommeil déjà assez calme et prolongé.

On répète la potion à l'asaprol et, à partir du lendemain, on ne constate plus rien d'anormal.

Observation X. *Bronchite. Malaria.* — Arthur, âgé d'un an, né à Rio, admis dans mon service le 24 août 1894. Rachitisme crânien. Alopécie. Polyadénite cervicale et inguinale.

Depuis un mois, toux sèche, opiniâtre. Fièvre à marche irrégulière avec exacerbations nocturnes. Six à sept selles jaunes, abondantes et fétides. État saburral. Inspiration légèrement soufflante aux deux sommets. Quelques râles sous-crépitants disséminés.

Température rectale, 39 degrés. Antipyrine, 1 gramme dans une potion. Calomel.

Le 31 août, température rectale, 38°,8. Mêmes conditions. Asaprol, 2 grammes en potion.

Le 1er septembre, sommeil calme. Toux beaucoup diminuée. Inspiration moins soufflante. Cessation de la diarrhée. On maintient la potion avec 2 grammes d'asaprol.

Le 3 septembre, souffle presque nul. Sonorité thoracique presque normale. Plus d'appétit. Toujours apyrétique.

J'ordonnai le maintien de la potion, et la fièvre n'a plus reparu.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Pédiatrie (1);

Par le docteur Variot, médecin des hôpitaux.

La médecine infantile a pris, depuis longtemps, une place à part parmi les sciences médicales, et tout en restant attachée par des liens étroits et nombreux à la médecine générale, elle n'en a pas moins son individualité bien déterminée, ses caractères particuliers. On peut dire que la médecine infantile est la plus vaste et probablement la plus importante de toutes les spécialités, car elle a pour but l'étude de l'enfant malade, de tous les organes de l'enfant, depuis la naissance jusqu'à la puberté.

Sans doute quelques esprits paradoxaux peuvent soutenir encore que presque toutes les maladies de l'enfance ne sont que de simples variétés des mêmes maladies observées chez l'adulte, et qu'il serait difficile de citer une seule maladie, chez les enfants, dont on ne retrouverait, tout au moins,

(1) Nous reproduisons ici la préface écrite par M. Variot pour le très important *Traité des maladies des enfants*, de James Goodhart, traduit de l'anglais par MM. Variot et Follenfant. Paris, 1895, O. Doin, éditeur.

quelques exemples ou quelques vestiges dans un âge plus avancé.

Les gastro-entérites de la première enfance, la syphilis héréditaire n'ont-elles pas des rapports évidents avec les mêmes affections chez l'adulte? La rougeole, la scarlatine, la coqueluche, les oreillons, plus communs, il est vrai, chez l'enfant, ne se montrent-ils pas aussi lorsque la croissance est achevée?

Mais laissons là ces subtilités, ces sophismes plus ou moins ingénieux, restons sur le terrain pratique, et nous reconnaîtrons bien vite que la médecine infantile a son domaine propre, plus étendu, il est vrai, que celui des autres spécialités médicales.

Transportez un médecin très exercé dans l'examen des malades adultes, très versé dans la thérapeutique qui convient aux affections de cet âge, dans une salle de jeunes enfants peuplée principalement par les gastro-entérites liées à la mauvaise alimentation, par le rachitisme, par la syphilis héréditaire, etc.; ce médecin se trouvera tout dépaysé; il sera privé des renseignements directs fournis par les adultes sur le début, sur la cause, sur l'évolution de la maladie dont ils souffrent; il sera embarrassé aussi bien par la constatation des symptômes nouveaux pour lui, que par les difficultés de l'exploration des organes.

J'ai entendu jadis l'un de mes maîtres les plus éminents, dont les travaux sur l'auscultation ont une autorité légitime, exprimer son étonnement sur les différences profondes qu'il notait entre les signes fournis par l'auscultation chez les enfants et chez les adultes.

Mais, pour mieux établir encore la distinction, je ne dis pas la séparation complète, de la pédiatrie d'avec la médecine générale, comparons la population et le mode de fonctionnement de nos hôpitaux d'adultes et de nos hôpitaux d'enfants.

Dans nos hôpitaux généraux, les salles sont communes, on y trouve indistinctement mêlés des tuberculeux, des rhumatisants, des pneumoniques, des pleurétiques, des typhiques, des syphilitiques, des saturnins, des alcooliques, des emphysémateux, des athéromateux, des hémiplégiques, des anémiques, des ataxiques, etc. Telle est actuellement la population d'une de mes salles de l'hôpital Hérold.

Pour les adultes, à Paris nous n'avons qu'un hôpital d'isolement destiné à la variole, dans lequel quelques salles sont réservées à la scarlatine, à la rougeole, à la diphtérie et à l'érysipèle. Au mois d'août de cette année, cet hôpital contenait moins de 100 malades pour une population de près de 3 000 000 d'habitants.

Par contre, à l'hôpital des Enfants-Malades, nous trouvons des pavillons ou des salles d'isolement pour la diphtérie, pour la rougeole, pour la scarlatine, pour la coqueluche, pour l'ophtalmie purulente, et une section de teigneux.

Nous avons, en outre, une section pour les nourrissons élevés au biberon, des services généraux de médecine et de chirurgie, etc.

Sans doute, cette accumulation dans la même enceinte de plus de 400 enfants malades, atteints les uns d'affections contagieuses, les autres d'affections non contagieuses, est blâmable, et il est à désirer qu'on décentralise bientôt nos vieux hôpitaux d'enfants dans lesquels la mortalité par contagion intérieure est encore très élevée. Mais de cette vue générale sur la population hospitalière, nous n'en sommes pas moins autorisés à conclure que les maladies qui sévissent dans l'enfance sont au moins rares dans l'âge adulte, si elles ne sont pas radicalement différentes.

Je voudrais spécifier maintenant quelques caractères très généraux des maladies de la première et de la seconde enfance.

Dans la première enfance, dont les limites peuvent être reculées jusqu'à deux ans environ, époque à laquelle la première dentition est à peu près achevée, les maladies graves les plus fréquentes semblent en rapport avec des conditions étiologiques assez simples et peu nombreuses.

Les inflammations du tube digestif, aussi bien les plus bénignes, telles que les diarrhées catarrhales aiguës, que les plus redoutables, telles que la diarrhée chronique, l'athrepsie et le choléra infantile lui-même, ont pour cause habituelle des fautes contre l'hygiène alimentaire de l'enfant.

Dans les six premiers mois de la vie, la croissance de l'enfant s'effectue avec une extrême activité.

Son poids augmente en moyenne de 20 à 30 grammes par jour, et l'on admet qu'après six mois le poids total d'un enfant doit être double de ce qu'il était au moment de la naissance. Pour suffire à cet accroissement nutritif si rapide, si intense des tissus et des organes, il faut que le tube digestif fonctionne avec une activité proportionnée. Eu égard à sa masse, un jeune enfant consomme beaucoup plus d'aliments qu'un adulte. Un homme qui pèse 60 kilogrammes peut vivre avec 3 à 4 litres de lait; un enfant du poids de 6 kilogrammes a besoin de 1 litre de lait au moins.

L'activité des fonctions digestives semble donc être, chez le jeune enfant, double ou triple de ce qu'elle est chez l'adulte. Dans le premier âge, la vie végétative est absolument prédominante; quand on observe un nourrisson, on voit que toutes ses forces instinctives le poussent à téter, il n'est vraiment calme que lorsqu'il est repu, et il sait bien par ses cris et son agitation rappeler le moment des tétées, si les nourrices l'ont par hasard oublié.

Il n'y a donc pas lieu d'être surpris que les organes digestifs dont les fonctions sont exaltées, pour ainsi dire, dans le jeune âge, soient susceptibles d'éprouver des perturbations très nombreuses et très graves. Dans une machine, le

levier qui supporte les plus lourdes charges se fausse le plus facilement. Dans un organisme, l'organe le plus surmené est plus exposé aux altérations morbides.

Si tous les enfants qui naissent sains pouvaient être allaités régulièrement au sein par leurs mères, les troubles des fonctions intestinales seraient rares, comme nous le voyons pour les nourrissons qui ont de bonnes nourrices. Mais, pour des raisons de tout genre, qui touchent surtout à l'état social, un très grand nombre d'enfants sont soumis à l'allaitement artificiel. Le lait fourni ainsi à l'enfant est insuffisant comme qualité et même comme quantité dans la classe populaire ; les biberons sont ou mal faits ou malpropres ; enfin, la déplorable habitude de donner, dès les premiers mois, des bouillies amylacées aux enfants qui reçoivent du mauvais lait vient aggraver le mal.

Je ne doute guère que l'origine de la plupart des gastro-entérites aiguës ou chroniques, qui produisent une si grande mortalité dans le premier âge, ne se rattache à une sorte d'empoisonnement par le lait altéré ou par les substances fermentescibles qui sont ingérées.

Certains auteurs prétendent même avoir isolé des toxines dans le lait de mauvaise qualité.

Une preuve indirecte de la justesse de l'hypothèse des intoxications gastro-intestinales, chez les jeunes enfants, nous est fournie par l'introduction du lait stérilisé dans l'allaitement artificiel. Le plus grand nombre des observateurs qui ont expérimenté le lait stérilisé ont reconnu que son emploi méthodique prévient presque aussi sûrement les accidents intestinaux que l'allaitement au sein. Je crois pouvoir apporter mon témoignage personnel dans cette question si importante.

Au dispensaire de Belleville pour enfants malades, j'ai fait distribuer, en quelques mois, plus de 16000 litres de lait stérilisé de bonne qualité à des enfants allaités antérieu-

rement avec du lait à cinq sous le litre, coupé de mixtures malsaines. Un grand nombre de ces enfants souffraient de diarrhées plus ou moins graves, de vomissements; tous ces accidents disparaissaient en général lorsque le lait ordinaire était remplacé par le lait stérilisé. En quelques jours, des enfants, menacés d'athrepsie, reprenaient une apparence satisfaisante, comme s'ils avaient été placés au sein d'une bonne nourrice.

La stérilisation du lait est, à mon sens, une des plus brillantes applications pratiques de la doctrine microbienne; elle constitue un immense progrès pour l'allaitement artificiel des enfants des grandes villes particulièrement.

Le lait est un produit éminemment altérable et fermentescible; la stérilisation soigneusement faite permet sa conservation presque indéfinie et, par suite, son transport facile dans les grands centres de population.

Il est à espérer que, dans un pays, comme le nôtre, où la dépopulation est menaçante, les pouvoirs publics, reconnaissant la valeur sociale de la découverte du lait stérilisé, prendront les mesures nécessaires pour en propager l'usage dans la classe nécessiteuse, dont les enfants meurent en grand nombre, faute d'une première alimentation convenable.

Immédiatement après les maladies du tube digestif, souvent si graves chez les jeunes enfants, il convient de placer les lésions rachitiques du squelette dont la fréquence est extrême. Si l'on élimine les cas exceptionnels de rachitisme héréditaire, et le pseudo-rachitisme de la syphilis héréditaire, on remarque tout de suite que les manifestations rachitiques coïncident habituellement avec des troubles des fonctions gastro-intestinales.

Presque tous les enfants rachitiques n'ont pas reçu une alimentation convenable ou n'ont pas été placés dans de bonnes conditions d'hygiène générale.

On a rendu de jeunes animaux rachitiques en leur faisant ingérer des substances amylacées au lieu de lait, et ce n'est pas aller trop loin que d'affirmer qu'on peut rendre à volonté un enfant rachitique en le gavant de bouillies farineuses.

Les adultes, on le sait, absorbent l'amidon après qu'il a été transformé en glycose par le travail de la digestion ; chez l'enfant, les ferments fournis par les diverses glandes de l'appareil digestif sont impuissants à opérer cette modification, et nous devons accepter comme un fait d'expérience, que le sucre de lait, la lactose, doit être fourni en nature, lorsque les organes glandulaires sont encore incomplètement développés. Si les manifestations du rachitisme se réduisent à des tuméfactions épiphysaires, elles cèdent sans laisser de déformation à mesure que l'enfant grandit, que ses organes digestifs se perfectionnent ; mais les incurvations des os longs, les difformités thoraciques persistantes ne sont pas rares. De plus, dans ces dernières années, la relation des accidents convulsifs divers avec le rachitisme a été bien établie, et certains troubles, plus ou moins importants, imputés jadis à la dentition, doivent plutôt être considérés comme liés au rachitisme.

En somme, le rachitisme est une maladie *évitable*, comme le dit fort bien M. Goodhart, et, à ce point de vue, il mérite d'être rapproché des gastro-entérites du premier âge, avec lesquelles il a les connexités les plus étroites.

On voit donc que le plus grand nombre des jeunes enfants sont atteints d'affections acquises ; l'immense classe des gastro-entérites et du rachitisme spécialement le prouve.

Le mal vient de ce que ces enfants n'ont pas été placés dans de bonnes conditions de milieu physiologique ; le tube digestif a reçu des aliments malsains ou nuisibles, et l'organisme a réagi ; la nutrition générale a souffert.

Mais, à côté de ces maladies acquises, il faut faire une

place aux tares héréditaires; à cet égard, la syphilis et la tuberculose doivent être rangées au premier plan.

Parrot, reprenant une idée autrefois émise par Rosenstein, avait voulu englober dans un même groupe morbide le rachitisme et la syphilis héréditaire. Avec son puissant esprit systématique, il avait laborieusement accumulé un grand nombre d'arguments et de preuves plus ou moins vraisemblables pour étayer cette théorie. Mais les faits contradictoires ont surgi de toutes parts, et la ruine de cette hypothèse savamment édifiée montre bien que nous ne sommes plus à l'époque des systèmes dans lesquels le raisonnement se substitue à tort à l'observation rigoureuse des faits.

Le rachitisme est une maladie d'alimentation ; la syphilis est une affection héréditaire transmise par les générateurs. Le syphilitique peut être rachitique en même temps ; mais le rachitique n'est nullement syphilitique, parce qu'il présente des lésions du squelette.

Les manifestations bien connues de la syphilis héréditaire sont habituellement très précoces; elles apparaissent généralement dans les deux premiers mois qui suivent la naissance.

Cependant il arrive que des enfants de belle apparence présentent des accidents syphilitiques seulement vers le troisième, le quatrième mois et même plus tard.

Ce retard dans les manifestations de cette maladie héréditaire, transmissible, doit être pris en sérieuse considération lorsqu'on confie un enfant allaité au sein à une nourrice étrangère.

Si nous envisageons maintenant la tuberculose du premier âge, nous sommes obligés de reconnaître que l'hérédité tuberculeuse n'est pas aussi éclatante que l'hérédité syphilitique.

On discute encore sur la question de savoir si le bacille

spécifique peut être transmis directement de la mère à l'enfant, et l'on peut soutenir, à la rigueur, que l'on naît seulement avec des aptitudes, des prédispositions à la tuberculose, tandis qu'on naît vraiment syphilitique. Cependant, sans être affirmatif sur un sujet aussi délicat, on ne peut méconnaître qu'un très grand nombre de jeunes enfants sont atteints de tuberculoses locales dès les premiers mois de la vie.

Ce sont des spina ventosa, des abcès froids, osseux ou cutanés, ces derniers très nombreux et disséminés, des adénopathies caséeuses et suppurées, des écoulements d'oreille tenaces, etc.

Presque toujours, lorsqu'on s'enquiert soigneusement de l'état de santé des parents, on apprend qu'ils sont tuberculeux à un degré plus ou moins avancé.

J'ai rencontré plusieurs fois, à la consultation externe, des mères phtisiques apportant des bébés couverts d'abcès froids, ou dont le cou était gonflé par des adénopathies suppurées, comme dans la scrofulo-tuberculose tardive. Dans d'autres circonstances, si la mère semblait saine, j'apprenais que le père était atteint de bronchite et crachait du sang.

Sans doute la tuberculose dans le premier âge peut être acquise comme chez l'adulte; mais, d'après mon expérience clinique personnelle, j'admets que, le plus souvent, l'hérédité doit être mise en cause, soit qu'elle s'exerce d'une manière directe, soit, au contraire, qu'elle agisse en créant une débilité générale, un abaissement de la nutrition, existant même pendant le développement fœtal et continuant après la naissance de l'enfant.

A côté de ces diverses maladies du premier âge, qui forment le contingent le plus important de la morbidité infantile, je signalerai les lésions congénitales appréciables dès la naissance. Quelques-unes de ces lésions engendrent des maladies permanentes; tels sont les malformations du cœur,

les rétrécissements de l'artère pulmonaire avec perforation de la cloison ventriculaire ou auriculaire. Les malformations du tube digestif, les rétrécissements de l'intestin, les valvules anormales, l'imperforation de l'anus, etc., ne sont pas très exceptionnels.

Mais plus souvent ces malformations ne sont que de simples monstruosités extérieures ; tels le bec de lièvre, la bifidité de la luette, l'hémimélie, les difformités des doigts, les taches pigmentaires, les nævi vasculaires, les tumeurs érectiles, etc.

Toutes ces malformations sont extrêmement intéressantes à connaître, et leur étude approfondie est plutôt du ressort de l'embryologie et de la tératologie.

La pédiatrie, comme je l'ai déjà avancé, tout en ayant son domaine propre, se trouve forcément en connexion avec les autres branches des sciences médicales.

La seconde enfance est l'époque de prédilection pour les maladies infectieuses ; sans doute l'apparition de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche peut être avancée, de même qu'elle peut être retardée ; ces maladies atteignent parfois les enfants très jeunes et elles n'épargnent pas absolument les adultes, mais le plus habituellement elles sévissent dans la seconde enfance.

Ces maladies, dont un caractère essentiel est la contagiosité, ne sont pas absolument inévitables. Un enfant, par exemple, n'aura pas la coqueluche ni la diphtérie, mais il aura présenté successivement la rougeole, les oreillons, la scarlatine et peut-être la fièvre typhoïde. Il serait bien difficile, je crois, de citer un seul enfant qui devienne un adulte en restant absolument indemne de la contagion. L'enfance, on l'a dit très justement, constitue un terrain vierge sur lequel toutes les semences de maladies germent et se développent avec une extrême facilité. Il est exceptionnel qu'un enfant, soit dans sa famille, soit dans les écoles, soit ail-

leurs, ne soit pas exposé, un jour ou l'autre, à recevoir des germes morbides. On voit quelquefois, surtout dans les milieux hospitaliers, plusieurs infections évoluer simultanément sur le même sujet; la contemporanéité de la rougeole, de la scarlatine et de la diphtérie a été notée maintes fois, tant est grande la réceptivité de l'enfance pour les maladies contagieuses. Fort heureusement une première atteinte de ces infections confère, en général, une immunité durable; l'enfant qui a eu la rougeole, la scarlatine, la coqueluche n'est que bien peu exposé à contracter de nouveau ces maladies; il est en quelque sorte vacciné et bravera impunément la contagion. Il n'en est pas de même pour la diphtérie.

La doctrine microbienne, qui domine actuellement dans la médecine générale aussi bien que dans la pédiatrie, nous a fourni la preuve incontestable de la nature vivante de certains contages. Depuis que Pasteur a démontré que le charbon du bétail était dû à la bactéridie charbonneuse, Koch a découvert le bacille de la tuberculose; Lœffler, celui de la diphtérie, etc.; n'oublions pas, d'ailleurs, que le caractère parasitaire du muguet et de la teigne était connu depuis longtemps. Le *tricophyton tonsurans* et l'*oïdium albicans* sont des champignons microscopiques bien plus faciles à déceler que les microbes pathogènes étudiés plus tard.

Nous avons donc maintenant une tendance invincible à considérer les germes des maladies contagieuses comme animés, à généraliser les premières observations positives faites par les bactériologistes.

Toutefois, il ne serait pas scientifique de considérer comme une certitude absolue ce qui, jusqu'à présent, n'est qu'une hypothèse extrêmement probable. Nous ignorons encore la nature exacte des germes du plus grand nombre des maladies infectieuses de l'enfance dont la contagion est néanmoins évidente.

Aucun bactériologiste n'est parvenu à isoler les microorganismes que nous supposons devoir exister dans la rougeole, dans la scarlatine, dans la coqueluche, dans les oreillons et même dans la variole et la varicelle, qui sont des maladies inoculables. On discute vivement sur la spécificité des bacilles typhiques.

Gardons-nous des excès systématiques qui suivent toutes les grandes découvertes médicales. La démonstration de la circulation du sang a créé l'école iatro-mécanicienne ; la chimie a dominé à son tour dans notre art, avec les iatrochimistes ; toutes les fonctions de l'organisme étaient assimilées à des réactions, à des fermentations, à des combinaisons, etc. La théorie cellulaire a régné en maîtresse pendant toute la première moitié de ce siècle, grâce aux admirables travaux de Bichat et de Virchow.

Les découvertes de Pasteur ont donné naissance à une science toute nouvelle, la bactériologie ; un immense courant entraîne les médecins dans cette direction, et les imitateurs du maître, renchérissant sur ses idées et ses travaux, s'ingénient à tout expliquer par la doctrine microbienne.

Quelle est la maladie, aiguë ou chronique, contagieuse ou non, dans laquelle on n'ait pas cru pouvoir faire intervenir quelque microbe ?

Or, comme il est beaucoup plus facile, dans cet ordre d'idées, de supposer, d'affirmer gratuitement, que de démontrer que le nombre des germes hypothétiques proposés est incalculable, l'imagination s'est donnée libre carrière et, dans l'un de nos traités de bactériologie les plus estimés, on voit la représentation figurée des microbes de la rougeole, de la scarlatine, etc., qui n'est rien moins que réelle.

La meilleure preuve qu'il reste encore bien des parties à explorer dans le champ de la bactériologie, c'est, je le répète, l'ignorance où nous sommes encore sur la nature des germes des maladies de l'enfance contagieuses entre toutes,

telles que la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, les oreillons, la variole, la varicelle, etc.

La doctrine microbienne, en précisant nos idées sur la nature des virus, des contages, des germes morbides, a beaucoup perfectionné la prophylaxie, les moyens de préservation contre les diverses infections, et spécialement l'hygiène hospitalière de l'enfance. L'antisepsie chirurgicale ou listérienne, qui a révolutionné la chirurgie opératoire, s'appuie sur les premiers travaux théoriques de Pasteur.

L'antisepsie médicale, qui a la même origine, n'a pas encore donné des résultats aussi complets que l'antisepsie chirurgicale, parce qu'elle doit combattre des germes plus variés, plus insaisissables que ceux qui pullulent dans les plaies ; les méthodes techniques de destruction des germes médicaux sont forcément plus compliquées que les procédés dont se contentent les chirurgiens.

Cependant l'emploi de l'eau bouillante, des vapeurs, des solutions antiseptiques pour la désinfection des objets, du linge ayant appartenu à des malades contagieux, pour la désinfection des chambres, des salles habitées par ces mêmes malades, a déjà beaucoup contribué à limiter les ravages de la contagion.

On a imaginé des appareils, des étuves, dans lesquels tous les germes morbides sont détruits par une température élevée. Les étuves du système Geneste et Herscher sont adoptées maintenant avec grand profit pour les services publics de désinfection de la ville de Paris.

On a fait remarquer très justement que la bénignité de l'épidémie de choléra asiatique, qui a sévi sur les enfants et les adultes à Paris, en 1892, avait coïncidé avec l'installation et le fonctionnement de ce service de désinfection. Des équipes de désinfecteurs se transportaient à domicile, dans les logements infectés et insalubres, et procédaient à des lavages avec des solutions antiseptiques pendant que les

objets de literie étaient passés à l'étuve. A l'hôpital des Enfants assistés de Paris, la diphtérie se propageait avec une rapidité dangereuse, il y a quelques années ; le chiffre de la mortalité par cette maladie a baissé sensiblement dans l'hôpital, depuis qu'on a aménagé une grande étuve à désinfection et isolé de bonne heure les angines suspectes.

Toutes ces notions sur l'antisepsie médicale ont fait mieux comprendre que par le passé la nécessité d'un isolement rigoureux dans l'hygiène hospitalière des enfants. Jusqu'en 1885, la diphtérie était seule isolée et pourvue de pavillons spéciaux dans nos hôpitaux d'enfants de Paris ; aussi la promiscuité des malades contagieux et non contagieux, dans les salles communes, avait les plus déplorables effets : de pauvres enfants, entrant pour des affections légères ou chroniques, contractaient des maladies infectieuses qui les emportaient trop souvent. Depuis cette époque, on a fait quelques efforts dans nos hôpitaux pour pratiquer l'isolement ; mais notre système d'hospitalisation actuel est encore bien imparfait, car on s'obstine à vouloir utiliser de vieux bâtiments qui ne correspondent plus au besoin de l'hygiène hospitalière moderne.

Il faut absolument décentraliser nos anciens hôpitaux dont la population est par trop nombreuse, et construire de nouveaux établissements dans lesquels les services de la consultation externe prendront un grand développement, et l'isolement des maladies contagieuses sera assuré d'une manière très rigoureuse dans des pavillons spéciaux, espacés, et avec un personnel indépendant.

Les Anglais nous ont précédés dans cette voie progressive depuis longtemps, pour ces perfectionnements hospitaliers ; ils ont créé des hôpitaux infectieux où chaque maladie contagieuse est soigneusement isolée dans des pavillons particuliers, et quand ils conservent dans leurs hôpitaux d'enfants des malades contagieux, l'indépendance des locaux

est telle, que la contagion intérieure est exceptionnelle.

Après avoir visité et étudié les hôpitaux de Londres, j'ai proposé, à Paris, dès 1889, la création d'hôpitaux-dispensaires pour enfants, sur le type des hôpitaux anglais, et le moment n'est peut-être pas éloigné où cette réforme hospitalière urgente sera exécutée.

On peut donc espérer que, par une heureuse association de l'antisepsie médicale et de l'isolement dans nos hôpitaux d'enfants de Paris, la contagion intérieure sera réduite au minimum.

Mais ce n'est pas seulement dans l'hygiène hospitalière que l'antisepsie médicale a inspiré des mesures prophylactiques efficaces. J'ai déjà signalé les immenses avantages de la stérilisation du lait dans l'allaitement artificiel ; la stérilisation est produite par la destruction des germes morbides qui pullulent si aisément dans ce liquide fermentescible comme dans un bouillon de culture. D'autre part, l'étude des microorganismes contenus dans l'eau potable et surtout les statistiques comparées de la fièvre typhoïde à Paris, pendant la consommation de l'eau de source et de l'eau de Seine, ont démontré que cette infection est d'origine hydrique. Le moyen le plus sûr de prévenir le développement de la fièvre typhoïde est d'épurer l'eau potable, de la purifier, de la débarrasser des germes typhiques, soit par une filtration complète, soit encore par l'ébullition. Ces deux exemples prouvent amplement l'utilité prophylactique de l'antisepsie médicale.

Là ne se bornent pas les progrès dont la pédiatrie est redevable à la bactériologie. Tout récemment, une grande découverte vient d'être faite dans le traitement de la diphtérie ; je veux parler de l'antitoxine de Behring, que Roux a fait connaître aux médecins français.

Cette découverte a été préparée par les premières recherches de Pasteur sur l'atténuation des virus. Les cultures atté-

nuées de la bactéridie charbonneuse sont nn excellent vaccin contre le charbon du bétail et confèrent une immunité durable ; la moelle épinière de lapin mort de la rage, desséchée dans certaines conditions, est nn remède efficace contre cette terrible maladie.

Ce mode de vaccination, qui consiste à employer le virus atténué d'nne maladie pour immuniser les animaux contre cette même maladie, semble différent de la vaccine jennerienne ; car, en inoculant la vaccine, on inocule une affection légère, le cow-pox, distincte de la variole, mais dont le ponvoir immunisant contre la variole est incontestable. Cependant, si les tendances actuelles des médecins allemands et anglais à admettre l'identité du virus variolique et dn virus vaccinal étaient confirmées par les faits, il faudrait reconnaître qne l'inocnlation de la vaccine ne serait que l'inoculation de la variole modifiée et atténuée par son passage sur les animaux ; la vaccine de Jenner deviendrait un exemple particulier des vaccinations pastoriennes.

La tentative de Koch, pour traiter la tuberculose par la tuberculine, n'a pas été henrense. Néanmoins, la toxine produite par le bacille tnberculeux a une action évidente, sinon curative, snr les lésions tnberculeuses.

Les vétérinaires ont conservé la lymphe de Koch comme procédé de diagnostic de la tnberculose dn bétail ; tout animal ayant des lésions tnberculeuses latentes présente une élévation thermiqne après nne injection de lymphe de Koch. Peut-être la tuberculine nons fournira-t-elle, un jour, un vaccin contre la tuberculose ?

Behring, par un moyen détourné, est arrivé à utiliser, d'une manière remarqnable, les toxines fournies par le bacille de la diphtérie décrit par Lœffler ; ces toxines avaient été isolées par Roux.

Il injecta à des animanx des cultures atténuées de bacilles de Lœffler ou des toxines de ce même bacille, et il observa

qu'au bout d'un certain temps le sérum de ces animaux jouissait de propriétés antitoxiques contre les poisons de la diphtérie. Il vérifia d'abord ces propriétés antitoxiques du sérum des animaux ainsi immunisés, sur d'autres animaux auxquels on injectait des doses mortelles de toxine diphtérique et qui résistaient grâce à l'injection préalable de l'antitoxine.

Dès le mois de mai 1893, il publiait ses premières statistiques du traitement de la diphtérie par l'antitoxine, en collaboration avec Ehrlich, Wassermann, etc.

La mortalité de la diphtérie était abaissée de plus de moitié.

Cette grande découverte de l'antitoxine ne fut pas appréciée immédiatement comme elle méritait de l'être; M. Roux, en contrôlant le travail de Behring à l'Institut Pasteur et en expérimentant l'antitoxine sur plus de quatre cents diphtériques à l'hôpital des Enfants malades de Paris, a levé tous les doutes sur la valeur de cette médication et l'a fait accepter par tous les médecins de France et de l'étranger. L'antitoxine de la diphtérie donne maintenant des résultats favorables à Berlin, à Vienne, à Londres, à Paris; elle est désormais entrée dans la thérapeutique infantile.

Cette substance est d'autant plus précieuse qu'elle jouit de propriétés immunisantes transitoires, il est vrai, mais qui suffiront à garantir les personnes qui entourent un diphtérique pendant l'évolution de la maladie.

Le traitement de la diphtérie avec les solutions antiseptiques, les badigeonnages répétés, etc., n'avait donné que des résultats incomplets; l'efficacité de l'antitoxine de Behring paraît incomparablement supérieure à l'action des médicaments externes et internes sans nombre, qui ont été proposés, de tout temps, contre cette redoutable maladie.

Il semble maintenant que les progrès de la thérapeutique en pédiatrie soient intimement liés à la bactériologie, et l'on

ne peut que souhaiter de voir, dans une voie si largement ouverte, d'heureux investigateurs s'engager et découvrir les microbes germes de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche, et qu'ils parviennent à préparer, comme l'a fait Behring, des remèdes et des vaccins spécifiques contre ces infections.

Il est donc avéré que les maladies infectieuses forment la partie la plus étendue du domaine de la pathologie infantile, mais il convient de ne pas méconnaître, non plus, l'importance des affections qui se localisent dans un organe ou dans un appareil; tantôt ces affections organiques ne sont elles-mêmes que la détermination où le reliquat d'une maladie générale, tantôt elles représentent la localisation initiale d'un processus morbide n'ayant pas une origine infectieuse.

Pour montrer d'une manière évidente que les affections circonscrites dans un appareil ont des caractères parfaitement tranchés dans l'enfance, je me bornerai à choisir uu seul exemple, celui du système nerveux.

Le cerveau et la moelle, bien qu'offrant à la naissance un développement considérable, comparativement au volume des autres organes, fonctionnent encore d'une manière irrégulière, incoordonnée; l'activité psycho-sensorielle, pendaut la première année de la vie, est extrêmement réduite, tandis que l'excitabilité réflexe de la moelle est prédominante. La régulation des mouvements spinaux par le contrôle du cerveau est insuffisamment assurée. C'est ainsi que l'on explique la prédisposition des jeunes enfants à présenter des phénomènes convulsifs produits sous des influences légères et variées.

Un accès fébrile, des irritations du tégumeut externe, l'éruption des dents, des troubles gastro-intestinaux, le rachitisme déterminent des convulsions qu'il est parfois bien difficile de différencier des convulsions en rapport avec des affections proprement dites des centres nerveux.

Nous sommes disposés à faire encore intervenir l'exagération normale du pouvoir excito-réflexe de la moelle dans la chorée de Sydenham, la danse de Saint-Guy, car nous ne savons rien de certain sur la pathogénie de cette affection dont les relations avec le rhumatisme sont cependant incontestables.

L'épilepsie essentielle, dont nous ignorons aussi la cause réelle, apparaît de bonne heure ; il est rare que son début soit reculé au delà de l'adolescence.

L'hydrocéphalie, les scléroses cérébrales, les paralysies spastiques, l'idiotie dans laquelle on rencontre des lésions si diverses du crâne et du cerveau, appartiennent en propre à l'enfance. Nous retrouvons, il est vrai, la méningite tuberculeuse chez l'adulte ; mais sa fréquence et son évolution clinique sont absolument typiques dans le jeune âge.

La paralysie spinale de l'enfance, avec ses lésions en foyer disséminées dans la substance grise des cornes antérieures et ses atrophies musculaires secondaires, est une affection commune.

La paralysie pseudo-hypertrophique, l'atrophie musculaire progressive de l'enfance, isolées et décrites par Duchenne, de Boulogne, sont plus rares, mais rentrent sans discussion dans le cadre de la pédiatrie.

Ces traits généraux sont suffisants pour prouver que la névropathie infantile est véritablement spéciale.

On trouvera, dans le cours du livre de M. Goodhart, des descriptions très exactes et très approfondies des maladies de tous les appareils chez les enfants. L'auteur anglais s'attache constamment à mettre en lumière les caractères distinctifs des affections qui sont communes en apparence aux adultes et aux enfants. On remarquera que M. Goodhart est l'ennemi de la banalité, qu'il glisse légèrement sur tout ce qui est simple, classique, sur ce qu'il suppose connu de tout le monde, et qu'il s'efforce d'éclaircir toutes les ques-

tions restées jusque-là obscures ou insolubles. Le praticien expérimenté reconnaîtra dans cet ouvrage toutes les difficultés avec lesquelles il s'est trouvé aux prises lui-même ; l'auteur ne les a pas toutes résolues, mais les a abordées franchement.

Dans ce traité pratique des maladies des enfants, la partie thérapeutique est très développée ; toutes les médications employées avec des succès divers sont longuement exposées après les descriptions anatomiques et cliniques.

Cette thérapeutique, dira-t-on, est bien compliquée, n'est pas scientifique à proprement parler. J'en conviens ; mais, en attendant que toutes les antitoxines des maladies infectieuses soient découvertes, si elles doivent l'être, devons-nous rester inactifs ?

Pourquoi ne pas nous servir des armes que nous avons dans les mains, jusqu'à ce que nous en ayons de meilleures.

La thérapeutique de M. Goodhart est celle d'un médecin prudent extrêmement versé dans la matière médicale.

Le formulaire placé comme appendice sera consulté très utilement.

La conclusion qui ressort clairement de toutes ces considérations, c'est que la pédiatrie est bien une branche spéciale de la médecine générale, qui a son objet parfaitement déterminé, je veux dire l'étude de l'organisme entier pendant toute la période de croissance. Mais cette spécialité est incomparablement plus vaste et plus importante que toutes les autres.

L'étude de la pédiatrie ne demande pas moins de connaissances générales de tout genre que l'étude des maladies de l'adulte et du vieillard. D'ailleurs, la pédiatrie doit avoir comme point de départ et comme terme de comparaison la pathologie de l'adulte.

Il n'est donc pas à désirer que la spécialisation des

pédiatres soit trop hâtive ; le médecin des enfants a besoin d'un long temps pour acquérir les notions théoriques et pratiques indispensables à son art.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ÉTRANGÈRE

Par le docteur R. Hirschberg.

Le parachlorophénol dans le traitement des maladies de la gorge et du nez. — Influence de la pipérazine sur le diabète expérimental. — Notice sur le lycétol, un dissolvant de l'acide urique. — L'usage de la pilocarpine dans la diphtérie.

Le parachlorophénol dans le traitement des maladies de la gorge et du nez, par le docteur Schmourlo (*Gazeta Lekarska,* 24 mars ; *Wratch,* n° 17, 1894). — L'auteur a expérimenté les effets de cette substance dans 10 cas d'hypertrophie de la muqueuse nasale, dans 2 cas de rhinosclérome, dans 4 cas de pharyngite granuleuse, dans 1 cas d'épithélioma de la corde vocale et dans 5 cas de laryngite tuberculeuse. Dans la tuberculose laryngée, on se servait d'une solution de 25 à 50 pour 100 ; dans les autres cas, du parachlorophénol pur. Voici les résultats de l'auteur :

1° Le parachlorophénol ne possède pas les propriétés analgésiques du phénol. A cause de son odeur et de son goût répugnants, l'usage de cette substance dans les maladies de la gorge et du nez ne pourra être que restreint.

2° Appliquée sur une muqueuse, cette substance détruit l'épithélium, en provoquant une forte réaction, souvent de la suppuration. Le badigeonnage avec du parachlorophénol resserre les tissus et diminue ainsi l'hypertrophie ; cette substance est ainsi moins active que l'acide chromique et surtout que le galvanocautère.

3° Dans la tuberculose laryngée, le parachlorophénol provoque de l'œdème dans les tissus, une forte douleur qui dure longtemps ;

il enlève aux malades aussi l'appétit. Cette substance est donc aussi dans ces cas moins utile que les autres moyens usités, l'acide lactique, l'acide phénique, le menthol, etc.

Influence de la pipérazine sur le diabète expérimental, par H. Hildebrand (*Berliner Klinische Wochenschr*, n° 6, 1894). — L'auteur a fait une série d'expériences avec la pipérazine chez le chien rendu diabétique, et il a constaté qu'après l'administration de 2 à 3 grammes de pipérazine à des chiens de taille moyenne, la quantité de sucre rendue par les urines le second jour de l'expérience était diminuée de 10 pour 100. Se basant sur ce fait, l'auteur recommande la pipérazine contre le diabète sucré chez l'homme, notamment une demi-heure avant les repas (la dose?), après avoir préalablement alcalinisé le suc gastrique par du bicarbonate de soude.

Notice sur le lycétol, un dissolvant de l'acide urique, par H. Wittzack (*Allgem. Medicin. Centralzeitung*, n° 7, 1894). — Le lycétol est un tartrate de pipérazine diméthylée ; cette dernière base a la même action physiologique que la pipérazine. L'acide tartrique se transforme dans l'organisme en carbonates et rend le sang plus alcalin. C'est sur ce processus que repose l'administration du lycétol aux lieu et place de la pipérazine en cas de goutte. L'augmentation de l'alcalinité du sang a une influence favorable sur l'action dissolvante de la pipérazine diméthylée sur l'acide urique.

Wittzack résume comme suit ses observations : par l'usage prolongé du lycétol, les douleurs de la goutte cèdent, les accès à répétition régulière sont coupés, le sable urinaire diminue et l'on observe une diurèse plus forte. Dose : 1 à 2 grammes par jour pendant au moins trois semaines.

Les avantages du lycétol sur la pipérazine consistent dans sa composition toujours égale, au goût agréable de limonade, quand on ajoute un peu de sucre à la solution. Le lycétol a encore

l'avantage de ne point s'altérer, si on le prescrit sous forme de poudre.

L'usage de la pilocarpine dans la diphtérie, par Welsch (*Deutsche Medic. Zeitung*, n° 4, 1894). — Welsch appelle de nouveau l'attention des médecins sur les avantages de la pilocarpine dans le traitement de la diphtérie. L'auteur a employé ce moyen dans environ quarante cas de diphtérie. Il a continué l'administration pendant trois jours. Grâce à une grande prudence dans les doses, il n'a jusqu'ici pu compter aucun effet fâcheux. L'auteur cite trois cas qui démontrent l'activité de la pilocarpine dans la diphtérie. Dans un cas, on administra à un enfant de trois ans la solution suivante : pilocarpine, 25 milligrammes, eau, 100 grammes; acide chlorhydrique, quelques gouttes, et pepsine; toutes les heures, une cuillerée à café. Les résultats, selon l'auteur, furent surprenants.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Par le docteur L. Touvenaint.

Traitement des angines non diphtériques au moyen de badigeonnages de gaïacol glycériné. — Des applications d'antipyrine salolée dans le traitement de certaines hémorragies utérines.

Traitement des angines non diphtériques au moyen de badigeonnages de gaïacol glycériné (*Semaine médicale*, 1894). — Le docteur Darbouet vante les excellents effets qu'il a retirés des badigeonnages de gaïacol dans les angines phlegmoneuses et pultacées. Au lieu de se servir de gaïacol pur, comme on l'a recommandé, M. Darbouet préfère l'employer mélangé avec de la glycérine. Pour l'adulte, il fait ce mélange à parties égales; pour les enfants, la solution doit contenir une partie de gaïacol pour deux parties de glycérine.

Le gaïacol et la glycérine ne se mélangent pas d'une façon

parfaite, et il faut toujours avoir soin de bien agiter le flacon qui contient le mélange avant de procéder aux badigeonnages de la gorge.

La première sensation qu'éprouve le malade après l'attouchement du pharynx à l'aide du gaïacol glycériné est une sensation de brûlure et d'angoisse assez pénible, jointe au goût désagréable du médicament. Mais très rapidement ces effets se dissipent, et le malade éprouve un bien-être particulier, une sensation de fraîcheur dans la gorge et remarque avec plaisir que la déglutition n'est plus douloureuse. Enfin la fièvre diminue rapidement.

Cependant la dysphagie et l'hyperthermie réapparaissent quelque temps après, mais elles sont moindres et cèdent facilement à de nouveaux badigeonnages de gaïacol glycériné.

M. Darbouet prescrit quatre badigeonnages dans les vingt-quatre heures, le dernier de la journée devant être fait assez tard, et le premier le lendemain de bonne heure.

Chez les adultes, notre confrère a recours, outre les applications de gaïacol glycériné, à l'usage du gargarisme ci-dessous formulé :

Chlorate de potasse	8	grammes.
Miel rosat......................	30	—
Infusion de ronces..............	200	—

F. S. A. — Usage externe.

Chez les enfants, il faut faire des irrigations boriquées à 3 pour 100, cinq ou six fois par jour.

Dans les angines phlegmoneuses, il prescrit une décoction très chaude de mauve et de pavot, additionnée d'acide borique ou de biborate de soude.

Enfin, pour combattre la céphalée, il donne quelques doses d'antipyrine.

Des applications d'antipyrine salolée dans le traitement de certaines hémorragies utérines (Bralant, Thèse de Paris, 1894). — M. Labadie-Lagrave a recours avec succès, dans cer-

taines hémorragies utérines, à l'emploi de l'antipyrine. Mais comme il serait difficile de porter dans la cavité de l'utérus de l'antipyrine en poudre, il a eu l'idée de se servir d'antipyrine liquéfiée au moyen du salol, réalisant ainsi un pansement à la fois hémostatique et antiseptique.

Voici quel est le manuel opératoire de ce traitement, d'après la description que M. le docteur E. Bralant en donne dans sa thèse inaugurale :

On introduit dans un tube à essai des quantités égales de salol et d'antipyrine, de façon à remplir à peu près le tiers du tube, et on chauffe sur la lampe à alcool. Bientôt le mélange se transforme en un liquide clair avec une très légère teinte brunâtre. Ce n'est pas encore le moment de l'employer, car sous cet aspect la solution se solidifie trop rapidement. On continue donc de chauffer le liquide jusqu'à ce qu'il ait pris une teinte tirant franchement sur le brun, et on n'a pas alors à redouter sa solidification rapide.

Pour porter dans la cavité utérine le mélange liquéfié d'antipyrine et de salol, on se sert d'une baguette mince en osier garnie de coton hydrophile qu'on imbibe du liquide médicamenteux. Après s'être assuré que celui-ci n'est pas à une température trop élevée, on introduit la tige dans la cavité utérine sans forcer, et en se servant, bien entendu, du spéculum. Suivant l'importance de l'hémorragie, on fait une ou deux applications successives du mélange, on place ensuite dans le vagin un tampon de coton hydrophile imbibé de glycérine créosotée, et l'on recommande à la malade de rester couchée.

Ces applications n'occasionnent aucune douleur et sont exemptes de danger. Quant à leur action hémostatique, elle est rapide, sûre et complète : l'hémorragie s'arrête aussitôt, et c'est à peine si la femme perd encore quelques gouttes de sang dans la journée. Le lendemain, il n'y a généralement plus trace d'hémorragie ; aussi est-il rare qu'on soit obligé de faire une seconde application intra-utérine d'antipyrine salolée.

Ce traitement s'est montré efficace contre les hémorragies dues à la métrite fongueuse, aux déviations utérines, aux fibromyomes de l'utérus, et même aux tumeurs malignes de cet organe à leur période de début, lorsque la perte sanguine est plutôt sous la dépendance d'une congestion que d'une ulcération de la matrice.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des fractures par le massage et la mobilisation, par le docteur Just-Lucas Championnière, chirurgien de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine, président de la Société de chirurgie. Un volume relié de 560 pages avec 66 gravures dans le texte. Paris, 1895, Rueff et Ce, éditeurs.

La thérapeutique des fractures, dans la chirurgie moderne, est à peu près exclusivement constituée par les soins de l'immobilisation. La restitution accomplie et l'immobilisation assurée, le chirurgien attend des efforts de la nature la réparation des membres; il ne songera à un rôle actif que le jour où la solidité du membre sera obtenue. Même alors, il s'occupe sans grand intérêt de ce qu'on est convenu d'appeler les suites nécessaires de la fracture.

On peut ajouter qu'au temps présent, où la chirurgie opératoire a subi de si prodigieuses transformations, l'intervention quotidienne du chirurgien dans la thérapeutique ordinaire s'est effacée de plus en plus.

L'auteur de ce nouvel ouvrage estime qu'il y a lieu de réagir contre cet état de choses. Il a depuis bien des années travaillé à la réforme de cette thérapeutique du rien faire.

Ce livre, en montrant la prise de possession par le massage de tout un ensemble de phénomènes de réparation, en montrant la métamorphose complète que le massage peut apporter dans une branche de la chirurgie qui n'en semblait guère susceptible, inspirera d'autres travailleurs pour lui chercher toute la généralisation qu'il mérite.

La maison Rueff et Ce, 106, boulevard Saint-Germain, vient de faire paraître trois nouveaux volumes dans la collection Charcot-Debove :

1° *Les Centres moteurs cervicaux chez l'homme*, par J.-M. Charcot-Debove et R. Pitres. Un volume in-16 cartonné, avec 57 figures dans le texte dont 51 en couleurs.

En 1892, Charcot, désirant réunir en un travail d'ensemble un faisceau de preuves cliniques pouvant servir de base inébranlable à la doctrine des localisations cérébrales, avait demandé à Pitres de l'aider dans la réalisation de cet important travail.

Pitres a voulu terminer le travail commencé sous la direction du maître, et c'est précisément celui qu'il donne aujourd'hui sous ce titre général qui comprend l'ensemble des faits principaux sur lesquels repose aujourd'hui l'histoire des localisations motrices sensitives et psycho-sensorielles.

2° *La Stérilisation alimentaire,* par le docteur Jules Arnould. Un volume in-16 cartonné.

L'auteur, après une longue étude sur le rôle des microbes pathogènes dans les aliments, passe en revue les agents et les procédés de stérilisation alimentaire.

Il étudie principalement la stérilisation de la viande par la chaleur, celle du lait et celle de l'eau.

3° *Hygiène alimentaire des enfants durant la santé, les maladies et la convalescence,* par le docteur Périer. Un volume in-16 cartonné.

Ce nouveau volume, exclusivement consacré à l'alimentation des enfants, comprend trois parties. La première partie traite des éléments du régime, c'est-à-dire des principes immédiats de la nutrition et des aliments usuels. L'auteur s'y montre parfaitement au courant des recherches les plus récentes sur les fonctions de l'estomac, le rôle de l'acide chlorhydrique, du ferment lab, etc.

La seconde donne le régime approprié aux différentes périodes de l'enfance. Elle contient un chapitre spécialement consacré à la ration alimentaire, en rapport avec les besoins de la croissance.

La troisième est consacrée aux conditions morbides qui comportent une modification du régime ordinaire. L'importance de cette dernière partie n'échappera à personne, et les médecins savent combien il importe de bien diriger le régime des enfants malades ou convalescents, pour ne pas mettre à profit les conseils de M. le docteur Périer, dont les travaux sur les questions d'hygiène infantile ont rencontré dans le corps médical un accueil si sympathique, et dont les ouvrages de vulgarisation ont eu un si légitime succès.

Conférences de gynécologie.

Le docteur Auvard commencera à sa clinique, 15, rue Malebranche, le mardi 19 mars, à 2 heures, une série d'entretiens cliniques sur la gynécologie, qu'il continuera les samedis et mardis à la même heure.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.



AVIS AUX LECTEURS

Quand, au commencement de 1894, guéri de son opération de cholécystoentérostomie, Dujardin-Beaumetz quitta le poste de secrétaire de la rédaction pour celui de rédacteur en chef du *Bulletin général de thérapeutique*, son ardent désir de vivre, son insatiable besoin de travail lui donnaient l'espoir de pouvoir longtemps encore diriger ce journal, dont il était propriétaire, mais dont il fut surtout le souffle vivant pendant vingt ans.

S'il se remit, avec une ardeur toujours juvénile, à la besogne, il savait cependant ses jours parcimonieusement comptés, et souvent le Maître nous entretenait de toutes les dispositions qu'il avait prises en vue de sa mort; à son départ pour Beaulieu, en décembre, une seule chose restait à régler et l'inquiétait : la succession du *Bulletin*. Cette succession, ce fut le Maître lui-même qui la régla ; sa mort, malheureusement prévue et cependant prématurée, n'a rien changé à ce qu'il avait décidé !

Dujardin-Beaumetz avait choisi pour son successeur au *Bulletin général de thérapeutique* un de ses élèves, un de ceux qui, avec lui, se sont le plus occupés de thérapeutique, à qui les exigences de la pratique médicale permettent de se consacrer tout entier au journal; le Maître avait fait choix du docteur Bardet, son élève, son ami, son chef de laboratoire à la clinique thérapeutique de Cochin.

Ainsi qu'il me l'écrivait, dix jours à peine avant sa mort, Dujardin-Beaumetz allait annoncer lui-même ce changement d'organisation aux lecteurs du *Bulletin* et leur pro-

mettre de rester, sinon rédacteur en chef, du moins collaborateur du journal. Hélas ! bien que le Maître sentît ses forces l'abandonner de plus en plus, bien qu'il pût compter les jours qui lui restaient à vivre, la mort ne lui laissa même pas le temps de faire lui-même au docteur Bardet la cession du *Bulletin général de thérapeutique*.

A dater d'aujourd'hui, le docteur Guinard et moi remettons à notre confrère le docteur Bardet le dépôt que nous avait confié Dujardin-Beaumetz. En prenant possession du *Bulletin général de thérapeutique*, le docteur Bardet a obtenu le concours de savants expérimentés, bien connus des médecins par leurs travaux de thérapeutique et leur esprit éminemment pratique. Désormais le journal aura pour directeur scientifique M. Albert Robin, médecin de la Pitié, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté. Le comité de rédaction sera composé de M. Hallopeau, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté, membre de l'Académie de médecine, pour la *Médecine;* de M. Bouilly, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Cochin, pour la *Chirurgie*, et de M. Heim, professeur agrégé à la Faculté, pour la *Matière médicale*.

En quittant le secrétariat de la rédaction du *Bulletin général de thérapeutique*, je demande aux lecteurs et aux collaborateurs la permission de les remercier de l'accueil favorable qu'ils m'avaient fait, de la cordialité qu'ils m'ont témoignée. Je souhaite à mon confrère et ami Bardet bon courage et l'assure que je serai toujours heureux de collaborer au *Bulletin général de thérapeutique*, au journal de Dujardin-Beaumetz.

SAPELIER.

31 mars 1895.

ÉLECTRO-THÉRAPIE

Maladies de l'utérus et des annexes, et électrolyse de l'argent intra-utérine ;

Par le docteur Boisseau du Rocher.

Dans un travail précédent (1), j'ai indiqué l'électrolyse de l'argent comme donnant d'excellents résultats thérapeutiques contre un certain nombre d'affections. J'avais en vue diverses maladies de l'utérus et des annexes : hémorragies, métrites, salpingites ; c'est d'elles que j'ai l'intention de m'occuper aujourd'hui. Le procédé opératoire, des plus simples, est défini de la manière suivante :

Si l'on implante dans les tissus une aiguille d'argent chimiquement pur reliée au pôle positif d'une batterie à courant continu, le négatif étant placé sur la peau, sous forme d'une plaque humide, il se fait des réactions électrochimiques dont la résultante est la formation d'un produit nouveau, l'oxychlorure d'argent, qui naît au contact des tissus et se trouve représenter l'agent médicamenteux.

Les considérations qui m'ont conduit à l'emploi de l'oxychlorure d'argent, préparé *in situ*, par voie d'électrolyse et qui plaident en sa faveur sont, d'abord, la faible intensité du courant nécessaire pour faire la décomposition électrolytique dont nous avons parlé ; ensuite les résultats chimiques obtenus avec le nitrate d'argent contre les cystites, les conjonctivites purulentes, etc. On sait en effet quelle place les cautérisations au nitrate d'argent occupent en thérapeutique. Or, le terme *cautérisation au nitrate d'argent*, s'il est généralisé, est une erreur d'interprétation dans nombre de cas, parmi lesquels nous devons faire entrer diverses affections,

---

(1) *Du sycosis et de son traitement.* Février 1895.

notamment celles dont nous venons de parler, les conjonctivites, les cystites. La vessie, en effet, n'est jamais asséchée, quelque précaution que l'on prenne pour la vider, l'urine sortant de chaque uretère alternativement, il est vrai, mais débouchant dans la vessie d'une façon continue. Or, l'urine contient une grande quantité de chlorure de sodium, qui par suite de réactions connues avec le nitrate d'argent, donne naissance à des chlorures d'argent, instantanément, et au fur à mesure que l'on injecte la solution de nitrate d'argent. On donne, en effet, le précepte de n'injecter la solution que goutte à goutte; l'urine est donc toujours en quantité suffisante pour que le chlorure de sodium en présence soit en excès. On peut par conséquent poser, comme règle générale, que c'est une erreur de croire que le nitrate d'argent a une action sur la muqueuse en tant que nitrate d'argent. L'erreur que je viens de signaler est d'autant plus importante à élucider que, si elle n'avait pas été commise et enseignée à l'égal d'un axiome, on serait peut-être arrivé plus tôt à un traitement rationnel des cystites et probablement aussi des blennorragies, et surtout des blennorragies chroniques, contre lesquelles le nitrate d'argent ne donne trop souvent que des résultats éphémères ; il ne peut en effet avoir dans l'urètre d'autre action que l'action caustique des nitrates.

Ces considérations me conduisent, en outre, à penser que l'électrolyse de l'argent serait indiquée dans les cystites et peut-être dans la tuberculose vésicale. Dans ce cas, en effet, le cystoscope permettant de reconnaître exactement les points atteints de tuberculose, le traitement électrolytique deviendrait facile. Pour ne pas sortir de notre sujet, je me contenterai aujourd'hui de signaler cette application, qui, du reste, *devrait être faite d'une tout autre façon que celle que nous indiquerons tout à l'heure.*

Les considérations que je viens d'exposer au sujet du nitrate d'argent, comme traitement des cystites, s'applique

également aux conjonctivites purulentes. La solution de nitrate d'argent n'agirait comme nitrate que si le nitrate était en excès. Or, c'est précisément pour éviter l'action du nitrate caustique que les auteurs qui ont préconisé le nitrate d'argent, ou bien prescrivent des solutions faibles, ou bien recommandent de baigner la conjonctive avec une solution de chlorure de sodium ; c'est ce qu'ils ont appelé *neutraliser* le nitrate d'argent. En réalité, sauf les cas où l'on conseille de sécher la conjonctive, ce sont les chlorures d'argent seuls qui agissent.

INTENSITÉ DU COURANT.

Aux résultats cliniques obtenus avec le nitrate d'argent, ou plutôt avec les chlorures d'argent, se joint une considération d'un autre ordre d'idées et d'une grande importance qui plaide en faveur du traitement que je préconise aujourd'hui contre les affections de l'utérus et des annexes, à savoir, la faible intensité du courant nécessaire pour obtenir la décomposition électrolytique que nous avons décrite. Elle peut se faire en effet à une intensité excessivement faible de 3 milliampères à 10 milliampères. Comme il est inutile, dans la majorité des cas, de descendre au chiffre de 3 milliampères, on peut poser comme règle générale, qu'on devra toujours se tenir dans des limites variant de 7 à 10 milliampères. C'est là, d'ailleurs, l'intensité qui, expérimentalement, m'a donné les meilleurs résultats, et qu'il est tout à fait inutile de dépasser. Il y a, d'ailleurs, à ce sujet, des différences cliniques dans le détail desquelles on comprendra qu'il m'est impossible d'entrer. Il ne peut être question ici que d'établir les règles générales d'après lesquelles la méthode que je préconise aujourd'hui doit être appliquée.

Je ferai la même observation pour la durée des séances. On trouvera, dans les observations, des malades qui ont été traitées avec une durée de cinq minutes ; chez d'autres, au

contraire, la durée d'application a été plus longue. On peut cependant établir comme règle que c'est dans les limites de cinq à dix minutes en moyenne qu'il convient de rester.

En résumé, les avantages du traitement intra-utérin par l'électrolyse de l'argent sont d'abord l'action rapide, s'il s'agit de pertes, métrorragies ou ménorragies, comme je l'établirai tout à l'heure, et l'emploi de faibles intensités de courant.

Un troisième point sur lequel j'insisterai encore est la facilité avec laquelle l'hystéromètre en argent est stérilisable. L'argent peut être porté, en effet, à une assez haute température sans s'oxyder. Cette particularité permet d'avoir un instrument absolument aseptique.

Les avantages que je viens d'énumérer créent donc à la méthode une innocuité complète.

MODE D'ACTION DE L'ÉLECTROLYSE MÉDICAMENTEUSE.

En ce qui concerne le mode d'action de l'électrolyse médicamenteuse en général, et de l'électrolyse de l'argent en particulier, plusieurs hypothèses peuvent être invoquées : il nous faut éliminer tout d'abord l'action électrolytique du courant lui-même sur les tissus. Le courant continu employé seul avec une électrode impolarisable est thérapeutiquement inefficace, si on l'emploie avec une aussi faible intensité que celle que j'ai indiquée pour l'électrolyse de l'argent, 7 milliampères, quelquefois moins. Reste l'hypothèse qu'on a appelée *action de médicament à l'état naissant*. J'estime qu'en l'espèce, il faut préciser davantage le terme vague *à l'état naissant*. Ce n'est pas, en effet, parce qu'il est à l'état naissant qu'il agit plus sûrement et mieux qu'en solution, c'est parce qu'il est à l'état *atomique*.

Il est, sous cette forme, facilement et rapidement diffusible, et a une action d'autant plus sûre, d'autant plus certaine,

que le courant intervient pour une large part dans les phénomènes de diffusion.

OBSERVATIONS.

I.— Mme C..., quarante-cinq ans, vient de province avec une lettre de son médecin ordinaire, chirurgien connu. Cette observation prenant, de ce fait, une importance plus grande, j'insisterai plus spécialement sur l'observation de cette malade.

Voici, d'ailleurs, ce que m'écrivait ce confrère :

« Mme C..., que je soigne depuis 1888, a eu, à la suite d'une métrite ancienne, de la paramétrite, et surtout une double salpingite. Ces phénomènes se sont beaucoup amendés, et la salpingite a presque complètement disparu. Depuis une année environ, des corps fibreux se sont développés, un surtout dans la paroi antérieure de l'utérus. Depuis cette époque, l'état général, à la suite d'hémorragies répétées, est devenu mauvais, les voies digestives fonctionnent mal. Il en est résulté un grand affaiblissement et une anémie assez forte. Les hémorragies, depuis quelques mois, ne sont cependant pas très fortes; elles durent dix à douze jours. L'embarras des voies digestives persiste, en outre, pendant le même temps, en sorte que l'état relatif de bien-être ne dure que sept à huit jours. »

Notre malade me raconte que les sept à huit jours qui lui restent par mois, elle les passe sur sa chaise longue, le moindre mouvement, la moindre marche amenant un écoulement sanguinolent plus ou moins abondant ; elle se fait porter par deux hommes de sa chaise longue sur son lit. Craignant de ne pouvoir pas arriver jusqu'à Paris, elle a fait le voyage étendue dans un hamac. Deux jours après son arrivée à Paris, le 27 mars 1893, elle se fait porter chez moi. L'examen me montre une tumeur de la grosseur du poing à peu près, formée de plusieurs noyaux fibreux. Le col utérin a été détruit au thermo-cautère, sans que la malade ait jamais retiré aucun bénéfice de cette intervention. Elle a refusé toute autre opération.

Le 27 mars 1893, argent 10 milliampères, cinq minutes. La ma-

lade ayant eu ses règles huit jours après, ne revient que le 7 avril. Elles ont duré quatre jours, normales (douze serviettes), sans douleurs de ventre.

Le 10 et le 13 avril, argent, 10 milliampères, cinq minutes.

Le 15 avril, la malade est atteinte d'influenza ; quinine et inhalation d'oxygène pour parer aux accès de suffocation qui sont extrêmement pénibles. Tout autre traitement est suspendu. Les règles qui ont paru le 24 avril, un mois après la première séance et malgré la suspension du traitement et l'usage de la quinine, n'en sont pas moins normales : quatre jours, douze serviettes.

Les 9, 12, 15, 18 mai, même traitement par l'argent, avec une intensité de courant variant de 7 à 10 milliampères, et d'une durée de quatre minutes.

Le 24 mai, *les règles qui, dans l'état de santé, étaient toujours en avance de cinq jours, ne sont pas encore parues.*

Le 27 mai, règles en retard, par conséquent, de huit jours, et d'une durée de quatre jours.

Les 1er, 5, 8, 12, 15 et 19 juin, même traitement par l'argent. Règles de quatre jours, dix serviettes.

Le 3 juillet, on constate une très grande diminution de la tumeur. Le même traitement est continué jusqu'au 10 août.

A ce traitement a été joint le traitement par les décharges statiques à haute fréquence (que j'ai décrites, l'année dernière), sous forme de frictions et d'étincelles, dans le but de relever les forces, l'appétit, de combattre l'anémie.

Depuis le mois de juillet, Mme C... a commencé à sortir de chez elle, à marcher. Elle part de Paris le 10 août, en excellent état, comme état général, et comme état local.

Elle revient au mois d'octobre.

Un autre traitement est alors commencé au moyen d'un hystéromètre ordinaire, avec des intensités variant de 20 à 50 milliampères. Mme C... retourne en province le 15 février. A cette époque, la tumeur et les noyaux fibreux eux-mêmes sont considérablement diminués de volume. La malade est en excellent état général, elle mène la vie commune sans qu'aucun accident se produise.

II. — Mme L..., trente-trois ans, mariée à seize ans, a eu un enfant à dix-sept ans, mort en bas âge, deux autres enfants sont également morts.

La malade souffre du ventre depuis neuf ans, et a suivi des traitements de différents côtés pour ulcération du col ?

Elle a des pertes continuelles pendant et après les époques, intermittentes si elle prend du repos, reparaissant dès qu'elle marche. Elle accuse, en outre, des troubles digestifs divers, surtout du côté de l'estomac. L'estomac, dilaté, descend au niveau de l'ombilic.

L'examen montre l'utérus très gros, fibreux, en antéflexion complète. Écoulement muqueux, fortement sanguinolent.

Le 7 novembre 1894, hystéromètre argent, 7 milliampères, cinq minutes.

Le 10 novembre, argent, 7 milliampères, cinq minutes.

Le 13 novembre, toute trace de sang et d'écoulement a disparu : hystéromètre ordinaire, 30 milliampères ; hystéromètre argent, 7 milliampères, cinq minutes.

Le 17 novembre, l'utérus est diminué de volume, l'antéflexion est moins prononcée ; même traitement.

Le 20 novembre, même traitement.

Le 23 novembre, les règles n'ayant pas paru, tout traitement est interrompu jusqu'au 8 décembre. Les règles sont parues le 30 novembre et ont duré quatre jours ; elles ont été très peu abondantes et intermittentes *pendant quatre jours seulement*. La malade est encore traitée, le 8 et le 11 décembre, par l'électrolyse de l'argent intra-utérine à l'intensité de 7 milliampères, cinq minutes.

A cette date, l'utérus est en situation normale ; un petit noyau fibreux du corps de l'utérus et en avant persiste seul. Plus de métrite, ni d'écoulement d'aucune sorte. L'estomac et l'état général, traités par les courants sinusoïdaux et les décharges statiques de haute fréquence, ont été rapidement améliorés.

La malade, revue dernièrement, trois mois après, est en excellent état ; ses règles paraissent régulièrement, et n'ont qu'une durée normale de quatre jours.

III.— Mme C..., quarante-trois ans, domestique. Une seule grossesse ; a une fille âgée de dix-sept ans. Elle souffre du ventre depuis deux ans surtout et a de temps à autre, des pertes sans grande importance, soit pendant ses époques, soit dans l'intervalle. L'ayant examinée en 1893, j'avais trouvé une tumeur fibreuse de la grosseur du poing, formée d'un grand nombre de noyaux ; le col était volumineux et fibreux.

N'ayant que des accidents intermittents et sans gravité, elle avait négligé de se soigner, se bornant aux irrigations vaginales chaudes que je lui avais recommandées

Au mois de février 1894, la tumeur a pris un volume considérable ; elle est formée d'une masse compacte de noyaux fibreux remontant très haut dans le bassin. La malade se plaint, en outre, de douleurs constantes dans l'intervalle des époques ; un peu de sang revient de temps à autre.

Traitement avec l'hystéromètre ordinaire et avec des intensités de 20 milliampères et de 40 milliampères jusqu'au 7 avril.

La tumeur ayant diminué notablement, le même traitement est repris le 7 mai, jusqu'à la fin du mois de juillet.

Dans l'intervalle, au milieu du mois de mai, un petit polype, pédiculé, mobile, de la grosseur d'un pois, vient se montrer à l'orifice interne du col déchiré par l'accouchement, et largement entr'ouvert. L'ablation de ce polype était nettement indiquée. Cependant, comme il donnait peu de sang, et qu'il n'y avait rien d'urgent, comme d'un autre côté il fallait continuer le traitement de la tumeur fibreuse, je voulus profiter de la circonstance pour voir ce que donnerait l'électrolyse de l'argent. Je me décidai donc à traiter ce polype au moyen d'aiguilles d'argent.

Le traitement, commencé le 4 juin, fut suivi jusqu'à la fin du mois de juillet.

A cette époque, le polype était disparu, la tumeur fibreuse, de son côté, avait diminué dans des proportions considérables. Depuis le mois de juillet, les pertes et les douleurs n'ont pas reparu (1).

(1) Je viens de recevoir de la malade une lettre me disant qu'aucun

IV. — Mme M..., trente-sept ans, a eu quatre couches ; la première fois, accouchement au forceps d'un enfant mort. La dernière couche, datant de deux ans, a été très pénible, l'enfant se présentant par le siège.

La malade souffre depuis la première couche, mais surtout depuis deux ans.

Le 26 octobre 1894, l'utérus, en antéflexion complète, présente à droite un noyau fibreux peu volumineux ; par le col, en outre, écoulement muco-purulent abondant. Hystéromètre en argent intra-utérin, 7 milliampères, cinq miuutes.

Le 30 octobre, même traitement.

Le 3 novembre, même traitement.

Règles le 6 novembre.

Le 13 novembre, tout écoulement a disparu, l'utérus est moins gros, l'antéflexion est moins prononcée.

Hystéromètre en charbon intra-cervical, 25 milliampères ; hystéromètre en argent, 7 milliampères, cinq minutes.

Les 25 et 30 novembre, même traitement.

Les règles viennent à l'époque habituelle, sans douleurs ; l'utérus, examiné au retour de la malade, est en situation normale ; la métrite n'a pas reparu.

La malade, revue dernièrement (mars 1895), continue de se bien porter.

V. — Mme de L..., trente-trois ans ; depuis son accouchement, datant de quatorze ans, souffre du ventre. Elle a été traitée par une sage-femme qui lui a dit qu'elle avait une ulcération du col, et qui a pratiqué des cautérisations au galvano-cautère. Depuis un an et demi, elle a des pertes continuelles, pendant et entre les époques.

L'examen montre un noyau fibreux à la paroi postérieure du corps de l'utérus, et un peu d'écoulement sanguinolent.

des accidents antérieurs n'est reparu. Elle mène la vie commune sans qu'il lui soit utile de prendre ni les ménagements, ni les précautions ordinaires (6 mars 1895).

Le 8 novembre 1894, argent intra-utérin, 7 milliampères, cinq minutes.

La malade n'a pas ses pertes habituelles. Le même traitement est continué les 12, 15, 19 et 22 novembre. Tout écoulement est alors disparu. Après ses époques, qui ont été normales, Mme de L..., part pour le Midi.

VI. — Mme G..., domestique. Depuis ses couches, elle souffre du ventre, et a été traitée pour une métrite, à l'hôpital, par le chef du service lui-même, qui lui a fait un curettage, (1892). A la suite de ce curettage, les règles ont disparu. Les douleurs de ventre ont augmenté d'intensité au moment des époques. Fin 1892, ses règles sont revenues, mais très peu abondantes, quelques taches sur la chemise, et avec une avance de cinq jours. Les douleurs sont continuelles, très vives et l'empêchent de faire son service.

Le 5 mai 1893, l'utérus semble normal, sauf la métrite qui a persisté.

Argent intra-utérin, 10 milliampères, trois minutes.

Le 8 mai, écoulement moins abondant.

Argent, 10 milliampères, quatre minutes.

Le 11 mai, même traitement.

Le 15 mai, plus aucun écoulement, même traitement.

La malade ne souffrant plus, reprend son service. Les règles reviennent faciles et d'abondance normale. Revue dans le courant de 1894. Guérison confirmée.

VII.— Mme M..., vingt-neuf ans, raconte qu'aux mois d'août et septembre elle a eu des pertes très abondantes ayant duré une dizaine de jours. Ces pertes ont reparu au mois de novembre et ont nécessité un traitement au sujet duquel elle n'a pas pu me donner de renseignements suffisants, ergotine probablement.

Quand je la vois au mois de novembre 1893, le 13, je trouve un utérus un peu gros, qui me fait penser à une grossesse, malgré l'absence des signes ordinaires de la grossesse. Je renvoie la

malade, qui revient à la fin de février me dire que les règles sont en retard. Je la congédie et elle revient le 24 février 1893.

Les règles sont revenues le 9 février, plus abondantes, dit-elle, qu'à l'ordinaire. L'utérus a repris à peu près ses dimensions normales, mais des douleurs très vives et un écoulement sanguinolent ont persisté.

Diagnostic : fausse couche, endométrite.

Le 24 février 1892, argent intra-utérin, 7 milliampères, cinq minutes.

A la suite de cette première séance, l'utérus expulse un flot de matières sanguinolentes. Injections boriquées.

Le même traitement par l'argent est continué deux fois par semaine ; après la cinquième séance, la guérison paraît complète.

J'ai revu et examiné la malade depuis cette époque ; la guérison s'est maintenue.

VIII. — Mme P..., vingt-six ans, se plaint de douleurs dans le ventre. Elle est accouchée au mois de février 1892. Primipare.

Elle s'est relevée quinze jours après l'accouchement, qui a été normal. Depuis cette époque, les douleurs ont été intolérables.

A l'examen, on trouve un utérus un peu gros, et à gauche une trompe, de la grosseur d'un œuf, fluctuante.

Dimensions de la cavité utérine mesurée à l'hystéromètre, 85 millimètres ; métrite et pyo-salpingite.

Le 15 avril 1894, argent intra-utérin, 7 milliampères, cinq minutes.

Dans la soirée, flot de matières sanguinolentes, mélangées de pus. Le lendemain et le surlendemain, une grande quantité de pus s'écoule de l'utérus.

Irrigations boriquées à 48 degrés.

Le 19 avril, argent intra-utérin, 7 milliampères, cinq minutes.

Le pus continue de couler, mais en petite quantité.

Les 21 et 22 avril, même traitement.

La trompe a un volume à peu près normal ; aucun écoulement ne se produit plus à dater de ce jour.

26 et 29 avril, même traitement.

A la suite de la dernière séance, la trompe a repris son volume normal, l'utérus ses dimensions habituelles, 7 centimètres. Les douleurs ont disparu.

La malade, revue trois mois après, est complètement guérie.

CONCLUSIONS.

Pour ne pas m'écarter du sujet, je n'ai fait qu'indiquer, très incomplètement, le traitement que j'ai employé contre les tumeurs fibreuses et contre les déviations utérines. Je n'avais à m'occuper, en effet, que de l'électrolyse de l'argent. Or, des observatious précédentes, ainsi que d'autres observations que je n'ai pu relater, étant obligé de me limiter, nous pouvons conclure que l'électrolyse de l'argent intra-utérine, conduite suivant la méthode que j'ai indiquée, donne des résultats rapides, en général immédiats contre les pertes, aussi bien contre les métrorragies que contre les ménorragies; que l'action décongestionnante, qui se manifeste aussi par la diminution de la tumeur, persiste longtemps encore après la séance, d'où le précepte que, chez une femme jeune, on doit éviter avec soin d'appliquer cette méthode trop près de l'époque habituelle des règles; il m'est arrivé, au moins au début, d'observer des retards considérables, qui n'ont jamais amené d'accidents, mais qui m'obligeaient à cesser tout traitement; que chez les femmes, au contraire, dont la ménopause s'est déjà manifestée par des retards, cette action décongestionnante peut être utilement employée. L'oxychlorure d'argent, obtenu par voie d'électrolyse, constitue en outre la méthode de traitement de choix contre les métrites, parce qu'elle est aussi rapide que les autres méthodes, le curettage compris, et parce qu'elle est absolument inoffensive, indolore, et n'oblige pas les malades au repos au lit. J'ai relaté tout à l'heure l'observation d'une malade chez laquelle le curettage avait eu pour résultat la suppres-

sion prolongée des règles, qui ne sont revenues normales qu'après le traitement électrolytique que j'avais institué. Or, cet exemple de suppression des règles après le curettage n'est malheureusement pas un accident isolé, et tous ceux qui ont pratiqué ou vu pratiquer cette opération d'une façon courante, et qui ont suivi les malades, ont été à même de constater que des accidents de diverses natures, y compris parfois la stérilité, pouvaient être le point de départ d'accidents soit immédiats, soit éloignés.

On sait parfaitement aujourd'hui que le curettage n'est pas une opération aussi inoffensivc qu'on l'a proclamé. L'électrolysc de l'argent est au contraire absolument inoffensive.

Cettc méthode m'a encore donné un résultat rapide dans un cas de pyo-salpinx. Quoique le traitement ne puisse avoir aucun avantage, si l'ostium de la trompe n'est pas perméable, comme nous n'avons aucun moyen de savoir s'il est perméable ou non, je crois qu'il est indiqué de faire au moins une ou deux tentatives, qui ne peuvent avoir aucun danger, étant donné la faible intensité du courant exigé. Le reproche, en effet, qui a été fait à l'électricité d'être dangereuse dans les pyo-salpinx, à cause des intensités élevées qui ont été tentées, ne peut être ici invoqué.

Un nombre assez grand de pyo-salpinx sont curables par cette méthode, pour autoriser des tentatives qui pourront souvent éviter à la malade une opération sanglante et une mutilation inutile. Quoique je n'aie pas eu l'occasion de traiter de salpingite catarrhale, je crois pouvoir affirmer la supériorité de la méthode sur le curettage. Ce que nous avons vu à propos de la métrite est une garantie suffisante pour qu'on soit en droit de tenter l'électrolyse de l'argent, qui doit donner des résultats supérieurs au curettage.

Enfin, je rappellerai encore ce que je disais au début de ce travail : que l'hystéromètre argent se stérilise aussi com-

plètement que possible, puisqu'il peut être porté à une température élevée sans être endommagé ; de plus, l'oxychlorure d'argent, à l'état atomique, étant un désinfectant de premier ordre, les causes d'infection n'existent pas. A ces avantages vient s'ajouter cette autre considération que des intensités très faibles sont suffisantes.

La méthode de traitement des hémorragies utérines, des métrites et de certaines salpingites, constitue en résumé, la méthode de choix, par son efficacité rapide d'abord, et ensuite par son innocuité.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

Contribution à l'étude de l'asaprol dans la thérapeutique infantile (1);

Par le docteur MONCORVO, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

OBSERVATION XI. *Malaria. Bronchite.* — Euclides, quatorze mois, né à Rio, présenté dans mon service le 25 août 1894. L'enfant habite une localité fort malsaine aux environs de Rio. Nutrition générale ralentie. Maigre, pâle. Ganglions périphériques hypertrophiés. Otorrhée. Coryza. Toux grasse depuis près d'une semaine, suivie ces derniers jours de l'accroissement irrégulier de la chaleur, notamment vers la tombée de la nuit. L'enfant reste alors assoupi et indifférent à ce qui se passe autour de lui. Affaiblissement de l'appétit. Langue chargée. Léger engorgement hépatique. Déjections pâteuses et fétides. Gros et petits râles disséminés dans les deux poumons. Température rectale, 38°,5. Ipéca à dose vomitive.

Le 27 août, l'ipéca n'a pu être administré qu'hier matin. Toux moins fréquente. Râles bien moins nombreux. La température

(1) Suite. Voir le précédent numéro.

se maintient très élevée pendant la nuit dernière. Elle s'abaisse quelque peu le matin. Température rectale, 38°,1. Encore de l'état saburral et de l'engorgement du foie.

Potion avec 1gr,50 d'asaprol.

Le 28 août, température rectale, 37°,2. Nuit excellente. Meilleur appétit. Foie réduit à ses dimensions normales. Selles moins pâteuses. Toux plus rare. Râles diminués. Transpiration générale au cours de l'administration du médicament.

Même potion.

Le 30 août, la fièvre ne se renouvela plus. Toux presque complètement éteinte. Râles extrêmement réduits. Son appétit s'accroît, en même temps qu'il dort tranquillement.

Observation XII. *Hérédo-syphilis. Malaria.* — Anisio, âgé de quatorze mois, soigné dans le service à l'âge de deux mois et demi pour les symptômes d'une infection malarienne aiguë, dont il fut guéri.

Ce petit garçon, mal développé et ayant présenté des manifestations accusées de la vérole congénitale, fut ramené le 9 août, avec des signes d'une bronchite accompagnée de fièvre. Au moment de la visite, température rectale, 37°,8. Matité à la région sterno-claviculaire et aux fosses sous-claviculaires. Râles sifflants et muqueux disséminés. Mycopolyadénie cervicale. D'après la mère, l'enfant aurait contracté la coqueluche vers l'âge de six mois, à la suite de laquelle sont survenues des crises asthmatoïdes à des intervalles variés. Langue chargée. Foie et rate très gonflés. Ventre un peu ballonné. Constipation. Calomel.

Le 11 août, température rectale, 36°,8. Foie plus dégonflé.

Bichlorhydrate de quinine dans une potion pour être répétée pendant trois jours de suite.

Le 16 août, température rectale, 37 degrés. La chaleur se relève invariablement pendant la nuit. Hier, une indigestion déterminée par un écart de régime.

Calomel. On revient à la quinine à la dose de 1 gramme en potion.

Le 23 août, température rectale, 40 degrés. Rate encore gonflée. État saburral plus marqué. Râles sibilants et ronflants épars. Rudesse respiratoire.

Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 24 août, température rectale, 39°,4. Nuit plus calme. Transpiration profuse sous l'influence du médicament. État saburral. Foie et rate encore gonflés.

On répète la potion à l'asaprol.

Le 25 août, température rectale, 39°,6. Transpiration fréquente. Les phénomènes thoraciques persistent. Prostration. Inappétence.

Potion avec 2 grammes d'asaprol.

Le 27 août, la potion fut répétée hier. Température rectale, 37°,7. Respiration bien moins rude. Toux plus rare. Transpiration.

On abaisse la dose de l'asaprol à 1 gramme.

Le 28 août, température rectale, 37 degrés. Plus d'appétit. Transpiration déjà presque nulle. Atténuation des symptômes bronchiques. Quelques gros râles à peine. Pas de trace d'albumine dans l'urine. Foie encore un peu gonflé.

Calomel. On relève la dose du médicament à celle de 2 grammes.

Le 30 août, température rectale, 37°,4. Plus d'accès dans la nuit. Toux rare. Sommeil calme. Foie et rate réduits. Respiration beaucoup plus libre.

Interruption de l'asaprol depuis trente-six heures.

L'enfant passe alors à l'usage de l'iodure de potassium. On l'examine pendant plusieurs jours de suite et l'on n'a plus lieu de constater l'élévation de la chaleur du corps.

Il reste soumis à l'iodo-thérapie.

Observation XIII. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Malaria.* — Americo, quinze mois, né à Rio, admis dans mon service à la policlinique, le 22 août 1894. Le premier né. Père syphilitique. Régime vicieux dès le début. Déformations rachitiques du crâne

et des os longs. Ganglions périphériques tuméfiés. Toux coqueluchoïde depuis huit jours, accompagnée de fièvre à type rémittent avec exacerbations nocturnes. Langue légèrement chargée. Constipation. Rate hypertrophiée. Lobe gauche du foie gonflé. Appétit très affaibli. Ventre ballonné. Quelques râles ronflants disséminés des deux côtés. Température rectale, 38°,3. Calomel, 30 centigrammes. Asaprol, 1 gramme dans une potion.

Le 24 août, bien que la potion à l'asaprol ait été épuisée depuis la veille au matin, la température, qui avait baissé à la normale, s'y est maintenue jusqu'au moment de la visite. Langue plus nette. Ventre flasque. Appétit plus relevé. Foie et rate encore quelque peu augmentés. Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 25 août, température toujours normale. Râles presque éteints. Foie et rate dégonflés. Langue nette. Bon appétit. La toux revêt les caractères classiques de la coqueluche, et la compression du cartilage thyroïde éveille des quintes.

Badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le 27 août, la chaleur du corps ne se releva plus. Coqueluche promptement enrayée avant d'atteindre sa période convulsive.

Le 30 août, la chaleur se releva quelque peu. Température rectale, 38 degrés. Foie et rate non tuméfiés. On reprend la potion à l'asaprol.

Le 31 août, température rectale, 37 degrés. Très bon appétit. Sommeil calme. Selles normales. Toux rare et plus quinteuse. On maintient la même potion.

Le 3 septembre, apyrexie. Toux éteinte. Excellente mine. Fonctions digestives physiologiques.

Comme complément du traitement antimalarien, on lui prescrit l'usage de l'arsénic.

Je le revois le 12 septembre, et je constate l'amélioration progressive de la nutrition générale.

Observation XIV. *Hérédo-syphilis. Épilepsie bravais-jaksonienne. Hémiplégie gauche. Malaria.* — Alexandre, quinze mois,

né à Rio, admis dans mon service à la policlinique, le 1[er] septembre 1894. Le deuxième de deux enfants. Allaitement artificiel dès le début. Dentition après un an. A l'âge de trois mois, convulsions épileptiformes bornées au côté gauche durant plus d'une semaine, auxquelles succéda une hémiplégie du même côté, aujourd'hui moins accusée au bras gauche. Développement intellectuel fort arriéré. Vocabulaire presque nul. Crises fréquentes d'irritabilité. Sommeil toujours agité et interrompu. La peau du tronc et des jambes parsemée de papules. Ganglions périphériques assez tuméfiés. Il y a trois jours, apparition de fièvre continue avec des oscillations irrégulières. Température rectale, 38°,2. Courbature. Peau sèche. Pas de frissons ni de transpirations. Langue très chargée. Perte complète de l'appétit. Le foie et la rate notoirement tuméfiés et sensibles à l'examen. Ventre ballonné. Constipation. Insomnie. Agitation très marquée dans la nuit. Grognon, se prêtant assez difficilement à l'examen.

Calomel. Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 4 septembre, abaissement de la chaleur fébrile aussitôt l'administration de la première potion asaprolée. Celle-ci fut par mégarde interrompue depuis hier à l'après-midi. Au cours de la nuit, la température commença à remonter, et au moment de la visite elle est à 38°,9. État saburral pourtant moins accusé; aussi le foie et la rate se montrent sensiblement réduits. Enfant plus calme qu'au début.

On insiste sur l'administration de l'asaprol à la même dose en potion.

Le 6 septembre, température rectale, 37°,4. Insomnie et agitation pendant les deux dernières nuits. Foie encore légèrement engorgé. Constipation. Ventre ballonné.

Calomel. Potion à l'asaprol (1 gramme). Trional, 25 centigrammes avant le coucher.

Le 13 septembre, pas de circonstances imprévues. La potion d'asaprol a cessé d'être administrée dès le 8 septembre. La fièvre se ralluma en conséquence, l'enfant présentant alors une température rectale de 39 degrés. État saburral plus accusé. Appétit

affaibli. Ventre ballonné. Constipation. Foie et rate plus augmentés. Calomel, 50 centigrammes. Nouvelle potion à l'asaprol.

Le 14 septembre, température rectale, 38°,3. Le foie et la rate plus dégonflés. Langue plus nette. Selles provoquées par le calomel. On fait répéter la potion avec l'asaprol.

Le 15 septembre, température rectale, 37°,3. Toux sèche et piquante. Quelques ronchus épars. Foie et rate revenus à leurs dimensions normales.

Potion à l'asaprol, alternant avec une autre au terpinol.

Le 17 septembre, nouvelle interruption de l'asaprol depuis la veille. Ce matin, la chaleur se relève un peu. Température rectale, 37°,8. Ventre de nouveau ballonné. Constipation opiniâtre. Appétit plus accusé. Nuits plus calmes.

Calomel. Potion à l'asaprol (1 gramme).

Le 22 septembre, température rectale, 37 degrés. Bon appétit. Langue beaucoup plus nette. Dort bien. Foie et rate non augmentés. L'asaprol fut encore une fois renouvelé ; puis, la fièvre n'ayant plus reparu, d'une part, et, d'autre part, la provision dont je disposais s'étant épuisée, j'ai été forcé de l'interrompre.

L'enfant resta cependant tout à fait apyrétique jusqu'au 29 septembre. Ce jour-là, la chaleur s'étant relevée à 37°,8, j'ai eu recours alors à l'emploi d'une potion renfermant de la quinine, qui l'a fait redescendre à son degré normal.

Observation XV. *Malaria.* — Adelia, douze ans, née à Rio, amenée à mon service le 25 août 1894. Cette fillette, qui habite une localité malsaine aux environs de Rio, a été prise de fièvre depuis les quatre derniers jours. La chaleur se maintient peu au-dessus de la normale pendant la journée, mais dans la nuit elle s'accroît à 39 degrés, pour redescendre vers le lever du jour, la peau se couvrant alors d'une transpiration peu marquée. Abattement. État saburral. Céphalée très accusée. Névralgie ciliaire. Conjonctive quelque peu injectée. Photophobie. Larmoiement. Jointures douloureuses. Foie extrêmement volumineux et fort sensible à la palpation. Rate aussi augmentée.

Calomel suivi d'une potion renfermant 2 grammes d'asaprol.

Le 27 août, température autour de 38 degrés. Malgré l'effet du calomel, langue encore chargée, mais l'appétit plus relevé. Foie fort diminué de volume. Rate ayant presque entièrement repris ses dimensions physiologiques. Céphalée éteinte. Névralgie oculaire sensiblement amendée. Plus de photophobie ni de larmoiement. Asaprol, 2 grammes en potion.

Le 28 août, langue plus nette et plus humide. Le foie et la rate avec leurs dimensions normales. La chaleur se maintient au-dessous de 38 degrés. Meilleur appétit. Cessation de la névralgie oculaire. Sommeil calme.

Je fais refaire la potion à l'asaprol, toujours à la dose de 2 grammes.

Le 30 août, plus d'accablement. Névralgie oculaire éteinte. Langue nette. Bon appétit. Fonctions digestives régulières.

Les faits qui viennent d'être relatés semblent mettre hors de doute l'efficacité de l'asaprol dans le traitement du paludisme infantile. Bien qu'on possède, dans la quinine et ses composés, une ressource précieuse contre cette affection, personne n'ignore cependant les obstacles si souvent opposés dans la pratique à leur administration aux jeunes sujets. C'est pour cela que je ne cesse d'étudier le pouvoir antimalarien des divers agents médicamenteux utilisables dans un tel but. C'est ainsi que je parvins à introduire, dans le traitement de la malaria infantile (1), l'emploi de l'*Helianthus annuus*, plante de la famille des synanthérées, aussi bien que celui du bleu de méthylène, lesquels m'ont fourni, jusqu'ici, des résultats assez satisfaisants, tout en étant, d'un autre côté, très bien acceptés et tolérés par les petits malades.

Quand il s'agit d'étudier les propriétés thérapeutiques de

(1) Moncorvo, *Nouveaux traitements de la fièvre paludéenne dans l'enfance*. Communication faite à la Société de thérapeutique de Paris dans la séance du 11 février 1893. Paris, 1893, O. Berthier, éditeur.

ce dérivé soluble du naphtol β, je pensai qu'il conviendrait de le tenter dans le cas d'infection malarienne, en l'essayant dans toutes les périodes de l'enfance, à des doses variant de 25 centigrammes à 2 grammes par vingt-quatre heures, administrées en fractions dans une potion. Presque toujours parvient-il à faire baisser la chaleur, tout en modifiant plus ou moins promptement le type de la fièvre. Aussi, on a vu s'atténuer ou disparaître les autres manifestations de l'infection, telles que la courbature, l'agitation, l'insomnie, l'état saburral, la congestion hépatique ou splénique, l'oligurie, etc. Dans un certain nombre de cas de ce genre soumis à l'influence du médicament, on a pu observer l'apparition d'une transpiration parfois copieuse, notamment lorsque la dose employée était au-dessus de la moyenne. Quoi qu'il en soit, cette diaphorèse fut toujours moindre que celle provoquée en général par l'antipyrine, la thalline, l'acétanilide, etc.

Pas une seule fois il ne me fut donné d'observer non plus des frissons à une nouvelle ascension thermique, et encore moins du collapsus, bien que mes petits malariens, en outre de leur accablement produit par la maladie actuelle, fussent des enfants chétifs, mal nourris, mal logés, la plupart d'entre eux (8 sur 15) ayant leur nutrition ralentie par la vérole congénitale. Il y a donc lieu de poursuivre ces recherches, tellement les résultats de mes premiers essais à ce sujet se montrent encourageants.

Je n'ai point trouvé sous la main, au cours de mes recherches, des faits dans lesquels le pouvoir analgésique du médicament ait pu être apprécié d'une façon toute particulière. Son influence sur la douleur ne manque pourtant pas d'être évidente chez les petits sujets traités pour des affections infectieuses générales. C'est ainsi que les coliques, observées au cours de l'intoxication malarienne, se sont sensiblement amendées à la suite de l'emploi du médicament. Aussi,

chez le petit garçon de l'observation III, on a vu des arthralgies assez marquées disparaître aussitôt après son administration.

Enfin, dans le cas de l'observation XV, une névralgie oculaire très marquée ne tarda point à s'amender et à disparaître promptement sous l'influence de l'asaprol.

B. *Tuberculose à marche aiguë.* — Les observations qui suivent font voir que le dérivé soluble du naphtol peut bien être utilisé avec profit dans le traitement de la tuberculose aiguë, chez les enfants, bien qu'il échoue dans beaucoup de cas dont la marche rapide du mal ne peut plus être enrayée par aucune espèce de traitement, alors que la fièvre pourrait toujours être absolument indifférente aux plus puissants antipyrétiques connus essayés contre elle.

Je tentai, dans ce but, l'emploi du nouveau médicament à la dose de 3 grammes par vingt-quatre heures, administrée par fractions, et ici, comme dans les cas de malaria, il fut toujours assez bien toléré, en ramenant, dans quelques cas moins rebelles, la chaleur à la normale, tout en éveillant la transpiration, l'accroissement, la diurèse, en exerçant d'ailleurs, sur le système nerveux, une action calmante souvent bien marquée.

Observation XVI. *Tuberculose. Adénopathie trachéo-bronchique.* — Auridia, huit mois, amenée dans mon service le 16 août 1894. Allaitement maternel exclusif. Fontanelle presque entièrement fermée. Fièvre à type rémittent à oscillations très variables, survenue depuis près de deux mois en même temps que de la toux, tantôt grasse, tantôt sèche, mais toujours plus accusée dans la nuit. Souffle pré-vertébral à droite. Submatité à la région sterno-claviculaire droite. La toux est devenue coqueluchoïde et amène souvent des vomissements. Point de reprises. La compression du cartilage thyroïde, aussi bien que la titillation de l'épiglotte, n'éveillent guère la toux. L'enfant a toujours co-

habité avec une tante maternelle affectée de tuberculose avancée. Mycopolyadénie cervicale et inguinale. Elle maigrit progressivement. Température rectale, 37°,8.

Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 17 août, température rectale, 38 degrés. La potion à l'asaprol fut bien tolérée. Pendant la nuit dernière, la chaleur ne s'éleva point au-dessus de 38 degrés. Sous l'influence du médicament, la peau se couvrit de sueur, surtout au cou et à la poitrine. La toux s'amenda quelque peu et le sommeil fut plus calme. On insiste sur l'administration de l'asaprol à la même dose.

Le 18 août, température rectale, 37°,6. Toux sensiblement diminuée. Sommeil réparateur. La peau se tient humide et la quantité de l'urine a sensiblement augmenté. L'état général de l'enfant s'est évidemment amélioré. Malheureusement, sa mère, quoique très satisfaite de ce premier résultat, le retire du service, bien que je lui eusse conseillé de poursuivre l'emploi de l'asaprol. Malgré cette interruption prématurée du traitement, l'efficacité du médicament n'a pas manqué cependant de se révéler, tant du côté de la température que du côté du système nerveux.

Observation XVII. *Rachitisme. Malaria. Tétanie. Tuberculose.* — Raphaël, treize mois, né à Rio, amené dans mon service le 28 août 1894. Mère très nerveuse et hystérique, ayant succombé à la fièvre jaune. Père doué d'une bonne constitution.

Cet enfant m'avait d'abord été présenté dans mon cabinet, en proie alors à un accès violent de fièvre qui datait de plusieurs jours, compliquée d'un cortège de symptômes graves : convulsions cloniques générales survenant à des intervalles variables. Tétanie aux membres supérieurs. Strabisme double convergent. Œdème des membres inférieurs. Grande agitation. Gémissements répétés. Toux grasse. Râles bronchiques dans les deux poumons. Submatité aux fosses sous-claviculaires et à la moitié inférieure de la face postérieure du thorax. État saburral fort accusé. Foie et rate extrêmement tuméfiés. Crâne natiforme. Tibias courbés. Polyadénie cervicale et inguinale.

Sous un traitement approprié, ayant pour base la quinine, suivi de l'administration du trional, la situation s'apaisa, la fièvre tomba, les convulsions disparurent, le calme se rétablit, bien toutefois que la tétanie de même que l'œdème des membres n'eussent point cessé de suite, l'examen de l'urine n'y décelant pourtant pas de traces appréciables d'albumine.

Le 29 août, bien que l'enfant se trouvât encore apyrétique, je lui ai prescrit une nouvelle potion avec 1 gramme de bichlorhydrate de quinine. Le lendemain, la chaleur se relevait pourtant à 38 degrés, en même temps que l'enfant redevenait agité et grognon.

Le 1er septembre, même température, malgré l'administration de la quinine à la dose de 1 gramme, qui est renouvelée.

Le 2 septembre, température rectale, 38 degrés. Nuit mauvaise. Ventre ballonné. Constipation. Rate hypertrophiée. Langue nette. Bon appétit. Œdème des jambes éteint, mais on en trouve autour des paupières. Quantité de l'urine à peu près normale. Respiration toujours rude dans toute l'étendue des deux poumons.

Calomel, suivi d'une potion avec 1g,50 de chlorhydrate de phénocolle.

Le 3 septembre, température autour de 38 degrés. Diminution de l'œdème. Diurèse augmentée. Agitation. Insomnie. Ventre ballonné. Rate augmentée.

Trional, 25 centigrammes. Potion avec 2 grammes d'asaprol.

Le 5 septembre, température rectale, 38°,7. Toux sèche. Souffle au long du poumon gauche. Matité thoracique un peu plus marquée. Sommeil calme sous l'influence du trional. Ventre toujours ballonné. Rate hypertrophiée. Bon appétit. Trois grammes d'asaprol en potion.

Le 6 septembre, température rectale, 39°,3. Encore du souffle. Râles fins dans la base du poumon gauche. Rate hypertrophiée. Ventre ballonné. Pas d'albumine dans l'urine. Langue non chargée aux bords rougeâtres. Réapparition de l'infiltration péripalpébral et intersuperciliaire. Transpiration dans la nuit. Pros-

tration. Calomel. Badigeonnage à la teinture d'iode sur la paroi thoracique postérieure. Potion avec 3 grammes d'asaprol.

Le 7 mai, mêmes conditions thoraciques. Dyspnée. Toux. Dans la dernière nuit, la chaleur baissa jusqu'à la normale, en même temps que la peau se baignait de sueur. Ventre plus flasque. Rate toujours hypertrophiée.

Asaprol à la même dose. Potion alcoolique.

Le 8 septembre, température rectale, 37°,6. Forces quelque peu relevées. Matité moins accusée à la moitié gauche de la paroi postérieure du thorax. Souffle presque nul. Diminution de l'œdème fronto-palpébral. Diurèse très augmentée. Ventre plus flasque.

Potion alcoolique, alternant avec une autre renfermant 3 grammes d'asaprol.

Le 9 septembre, température rectale, 37°,4. Respiration beaucoup moins rude et moins accélérée. Toux plus rare. Plus de souffle. Sonorité thoracique un peu plus claire. Le ventre nouvellement ballonné. Selles lientériques.

Calomel. Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 10 septembre, température rectale, 37°,6. Respiration plus douce. Ventre quelque peu aplati. Diurèse plus abondante. Œdème plus marqué.

Calomel suivi d'une potion à la caféine.

Le 12 septembre, température rectale, 37°,3. Excitation cérébrale; l'enfant, agité et grognon, se frotte continuellement les yeux, qui sont rouges et entourés d'un œdème plus marqué. Insomnie.

Je le soumets alors à l'usage de l'iodure de potassium, à l'arsenic, ainsi qu'à celui du trional dans la nuit.

L'enfant éprouvait quelque amélioration du côté de l'irritabilité cérébrale lorsque, le 24 septembre, la fièvre se ralluma avec l'aggravation des accidents cérébraux aussi bien que des phénomènes thoraciques. Sans interrompre l'emploi de l'iodure, j'ai été alors forcé de recourir à l'administration de la quinine, car ma provision d'asaprol venait justement de s'épuiser. Mais je dois ajouter

que les effets obtenus de cette dernière ne surpassèrent pas alors ceux recueillis de l'emploi de l'asaprol.

Il s'agit donc, dans ce cas, d'un enfant manifestement tuberculeux, chez lequel une affection malarienne d'une extrême gravité est venue donner un véritable coup de fouet à la marche torpide de la bacillose. Or, ces derniers accidents une fois conjurés par un traitement où figurait la quinine à haute dose, on a vu aussitôt survenir les signes indicatifs de l'évolution plus accélérée de la tuberculose. La fièvre alors s'alluma tout en demeurant de plus indifférente à l'action de la quinine d'abord et ensuite du chlorhydrate de phénocolle. Ce fut dans cette circonstance que je m'adressai à l'asaprol, dont j'élevai la dose à 3 grammes par vingt-quatre heures, et je ne tardai guère à en constater la suite heureuse. La chaleur s'abaissait de 39°,3 à 37°,6 et enfin à 37°,4, en même temps que la peau recouvrait ses fonctions normales, la diurèse augmentait et les accidents broncho-pulmonaires s'amendaient sensiblement.

Observation XVIII. *Hérédo-syphilis. Tuberculose. Malaria.* — Annibal, deux ans, amené dans mon service le 7 juillet 1894. Allaitement artificiel. Troubles digestifs accusés dès les premiers mois. Coryza et efflorescences, cutanées dès le début. Dentition au dixième mois. Incapable de marcher. Fièvre palustre à trois reprises, compliquée de convulsions.

Toux sèche et rauque assez fréquente. Maigreur marquée. Ventre gros. Peau sèche, exubérante et parsemée de papules miliaires. Polyadénopathie. Crâne natiforme. Coryza aggravé. Conjonctivite double. A partir de huit jours, fièvre rémittente à exacerbations vespérales coïncidant avec hypothermie périphérique et prostration.. Toux quinteuse coqueluchoïde. Râles sibilants épars. Submatité thoracique. Inspiration rude à la fosse sous-claviculaire gauche. État saburral. Diarrhée fétide. Rate hypertrophiée.

Le traitement a consisté dans l'administration d'une prise de calomel suivie de celle de la quinine, de l'antipyrine et de la créo-

sote de hêtre, en même temps qu'on faisait de l'antisepsie intestinale au moyen du benzo-naphtol, du salicylate de bismuth et des lavages d'eau bouillie.

Grâce à ces moyens, on a pu constater un certain degré d'amélioration, tant du côté de l'état général que de celui de l'appareil respiratoire et digestif.

Le 2 juillet, l'enfant présentait quelques modifications favorables du côté de sa nutrition et avait gagné 400 grammes de son poids. La toux était moins opiniâtre, l'appétit s'était quelque peu relevé, la rate s'était dégonflée, mais la chaleur ne baissait jamais à la normale ; les selles diarrhéiques pas aussi nombreuses, mais encore fétides.

Je me décide alors à tenter l'emploi de l'asaprol, que j'administre à la dose de 50 centigrammes en potion, en même temps que je l'ordonne sous la forme d'une solution à 2 pour 100 pour des lavages de l'intestin.

Le 4 juillet, température rectale, 38 degrés. Déjections encore fétides.

J'élève la dose du médicament à 1 gramme. On répète les lavages de l'intestin avec la même solution asaprolée.

Le 6 juillet, température rectale, 38°,3. Diarrhée presque éteinte. Toux plus rare. Plus de râles ronflants et sibilants.

Potion avec 2 grammes d'asaprol. Lavages asaprolés de l'intestin.

Le 7 juillet, température rectale, 39 degrés. Réapparition des râles.

Je me décide, en conséquence, à essayer le chlorhydrate de phénocolle. L'action antithermique de ce médicament ne manqua pas d'être constatée d'une façon plus ou moins durable, mais avec une certaine tendance de la chaleur à se relever, bien que le chlorhydrate de phénocolle n'eût cessé d'être administré pendant près de deux mois de suite.

Observation XIX. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Tuberculose. Adénopathie bronchique.* — Idalina, trois ans, admise dans mon

service le 16 août 1894. La quatrième de six enfants, dont deux morts déjà. Mère régulièrement constituée. Père poitrinaire. Coryza dès le début. Éruptions cutanées et croûtes au cuir chevelu. Mycopolyadénie cervicale. Déformations rachitiques. Dentition et marche vers le dix-huitième mois. Depuis quinze jours, survinrent des symptômes de bronchite accompagnés de réaction fébrile plus accusée dans la nuit. Trois ou quatre déjections fétides dans les vingt-quatre heures. Submatité à la moitié inférieure de la paroi postérieure. Râles sibilants et sous-crépitants des deux côtés. A la partie antérieure, submatité aux fosses sous-claviculaires, notamment à gauche, aussi bien qu'au niveau de la région sterno-claviculaire droite. Inspiration soufflante aux deux sommets, surtout à gauche. Toux bruyante et quinteuse devenant beaucoup plus intense et fréquente la nuit ; elle simule alors les quintes de coqueluche et s'accompagne d'une dyspnée assez marquée. D'après sa mère, des crises pareilles lui sont survenues depuis l'âge de deux ans, avec des intervalles variant d'une semaine à deux mois. État saburral. Inappétence. Température rectale, 38 degrés. Calomel. Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 18 août, température rectale, 38°,6. Diarrhée assez amendée. Toux moins quinteuse.

Je substitue le chlorhydrate de phénocolle à l'asaprol, à la dose journalière de 75 centigrammes.

Le 20 août, malgré l'administration suivie du médicament pendant quarante-huit heures, la température se maintient à 38°,2. Inspiration plus soufflante à gauche.

Je m'adresse alors de nouveau à l'asaprol, que je prescris à la dose de 1 gramme en potion.

Le 22 août, température rectale, 38°,8. La fièvre n'a jamais fait de rémission, et au cours de la dernière nuit, la chaleur monta à plus de 39 degrés. Inspiration toujours assez rude et soufflante aux deux sommets, surtout à gauche. Cependant les crises asthmatoïdes suivent une marche régressive ; la toux est déjà très passagère, en même temps que les râles sibilants ont

de beaucoup diminué. L'état saburral et la diarrhée amendés. L'appétit pourtant assez faible.

J'élève la dose de l'asaprol à 2 grammes pour les vingt-quatre heures.

Le 23 août, température rectale, 40°,2. Souffle du sommet à la base du poumon gauche. Matité dans toute la moitié gauche du thorax. Dyspnée. Toux sèche. État saburral. Soif. Anorexie. Pas de gonflement appréciable du foie ni de la rate. Prostration. Sous l'influence de l'asaprol, la peau se couvre d'une sueur générale mais peu abondante.

Asaprol, 3 grammes en potion. Badigeonnages à la teinture d'iode sur la paroi thoracique postérieure.

Le 25 août, 39°,9. Les conditions thoraciques restent à peu près les mêmes. Toux sèche. Dyspnée. Sommeil interrompu. J'ordonne encore de l'asaprol, toujours à la dose journalière de 3 grammes, tout en faisant pratiquer un nouveau badigeonnage à la teinture d'iode. Mais, comme la mère se décide à l'emmener à la campagne, je suis empêché de poursuivre mes recherches chez cette petite malade.

Ces deux dernières observations, prélevées parmi bien d'autres analogues, permettent de voir que l'asaprol, encore même à des doses élevées et répétées, reste souvent incapable d'agir efficacement contre l'élément thermique au cours d'une tuberculose à marche aiguë. Cela n'amoindrit certainement pas sa valeur comme agent antipyrétique ; aussi, il m'a été maintes fois donné, pendant mes recherches à ce sujet, d'appeler l'attention de mes élèves sur plusieurs insuccès analogues arrivés à d'autres agents antithermiques réputés. Ici même, on a pu voir le chlorhydrate de phénocolle échouer avant l'emploi de l'asaprol. D'ailleurs, rien ne prouve, à l'heure qu'il est, que ce dernier, pas plus que l'antipyrine, la phénacétine, etc., possèdent une action spécifique contre le bacille de la tuberculose. C'est donc là une voie ouverte à de nouvelles recherches.

C. *Broncho-pneumonie.* — Soit que j'eusse tombé sur des cas d'une gravité particulière, soit que le traitement soit parfois arrivé déjà assez tard pour agir efficacement, toujours est-il que les effets jusqu'ici retirés de l'asaprol dans le cas de broncho-pneumonie chez les jeunes sujets n'ont point été parfois assez satisfaisants. D'un autre côté, le nombre relativement restreint de faits de cette nature traités par ce médicament est loin encore d'être assez nombreux pour autoriser un jugement définitif.

Je ne renoncerai pourtant nullement à son essai dans d'autres circonstances analogues, ce que je tâcherai de réaliser aussitôt que de nouveaux échantillons du médicament me seront parvenus. Les deux observations que je vais relater donnent à peu près une idée des résultats recueillis chez les petits enfants.

Observation XX. *Hérédo-syphilis. Broncho-pneumonie.* — Eponina, deux mois, née à Rio, présentée dans mon service le 21 août 1894. Père ayant eu des accidents vénériens. Nourrie au sein par sa mère. Coryza dès les premiers jours. Fontanelle antérieure trop large. Ganglions sous-occipitaux tuméfiés. A partir d'une semaine, apparition d'une toux grasse augmentant graduellement de fréquence et s'accompagnant de l'accroissement de la chaleur pendant les cinq derniers jours. Râles sous-crépitants en plus grand nombre au poumon gauche. Dans la nuit, la respiration s'accélère et la température s'exagère. L'enfant s'agite et pleure à tout instant. Langue chargée. Ventre ballonné.

Température rectale, 38°,2.

Selles répétées et panachées.

Potion avec 25 centigrammes d'asaprol. Irrigations nasales avec une solution d'asaprol à un demi pour 100.

Le 23 août, râles sous-crépitants au tiers inférieur des deux poumons. Matité à la partie inférieure de la paroi postérieure du thorax.

Température rectale, 37°,7. Dyspnée.

Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 25 août, les deux poumons plus largement envahis. Râles fins à la base du poumon gauche. Matité accrue. Encore de la diarrhée.

Température rectale, 38 degrés.

On répète la potion à l'asaprol.

Pendant la nuit qui suivit, les accidents thoraciques s'aggravèrent rapidement, la chaleur s'éleva à 40 degrés, et l'enfant succomba au lever du jour, en proie à une angoisse extrême.

Observation XXI. *Hérédo-syphilis. Broncho-pneumonie.* — Pierre, trois mois, né à Rio, amené dans mon service le 28 août 1894. Le dernier de sept enfants, dont trois morts. Ses frères et sœurs ont présenté des manifestations de la vérole congénitale. Allaitement mixte. Alopécie. Ganglions sous-occipitaux tuméfiés. Toux datant d'une semaine. Mouvement fébrile depuis près d'un mois, avec des exacerbations nocturnes. État saburral. Coliques. Ventre ballonné. Selles diarrhéiques fréquentes pendant les trois derniers jours. Dans la nuit, insomnie, agitation, pleurs, gémissements. Submatité à la partie postérieure du thorax. Des râles ronflants et muqueux épars des deux côtés. Potion avec 1 gramme d'asaprol.

Le 29 août, température rectale, 37°,7. La chaleur s'élève à 39 degrés au cours de la nuit précédente. Grande agitation. Dyspnée un peu amendée au moment de la visite. Toux plus fréquente et plus forte. La sonorité de la paroi thoracique plus rapprochée de la normale. Ventre encore ballonné.

On insiste sur l'administration de la potion.

Le 1er septembre, température rectale, 37°,5. Souffle peu marqué au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche. Encore des râles épais. Même potion.

Le 3 septembre, température rectale, 38 degrés. Mauvaise nuit, insomnie, agitation. Toux de plus en plus fréquente. Les signes physiques un peu plus marqués. Selles normales.

Badigeonnage de teinture d'iode sur la paroi postérieure du

thorax. Encore la potion avec de l'asaprol à la dose de 1 gramme.

Le lendemain matin, la mère l'emmena à la campagne et je ne la revis plus.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE

Traitement des métrites ;

Résumé par A. Bolognesi, interne des hôpitaux.

Le docteur Raffray, ancien interne des hôpitaux, dans sa thèse inaugurale : *Des métrites, considérations cliniques et thérapeutiques*, Paris, 1895, décrit le traitement des métrites d'après la méthode employée dans les services gynécologiques par ses maîtres et par lui-même.

Il divise les métrites en deux classes principales comprenant les causes les plus fréquentes, et en une troisième classe dont les causes sont rares. La métrite étant une maladie infectieuse locale, qui se présente le plus souvent dans la période d'activité sexuelle de la femme, reconnaît dans son étiologie deux grandes causes :

1° L'accouchement, surtout laborieux, avec déchirure du col, ouvrant ainsi une porte d'entrée aux agents infectieux, le plus souvent le streptocoque, et l'avortement : métrites par infection puerpérale ;

2° La blennorragie aiguë et la blennorragie due à la goutte militaire de l'homme au moment d'une poussée subaiguë à la suite d'excès produisant l'infection de la femme : métrites blennorragiques ;

3° Exceptionnellement enfin, la métrite peut être due à un examen malpropre, à une opération non aseptique pra-

tiquée sur l'utérus, soit enfin aux microbes qui habitent la cavité vaginale à l'état normal.

Nous n'envisagerons, dans ce travail remarquable, que le chapitre qui doit nous occuper ici, celui du traitement des métrites.

Les métrites constituent des affections qui demandent à être énergiquement traitées. Leur tendance à la chronicité, l'influence fâcheuse qu'elles exercent sur l'état général des malades, les complications qui peuvent survenir du côté des annexes et devenir de ce fait un grave danger pour la femme, montrent suffisamment combien il est important pour le praticien d'en débarrasser les malades.

La métrite, comme toutes les affections à causes et à formes diverses, ne relève pas d'un traitement unique. Ce traitement est variable suivant la variabilité des métrites ; il comprend :

a. Le traitement prophylactique ;
b. Le traitement opératoire ;
c. Les soins pré ou post-opératoires.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

La métrite étant toujours de nature infectieuse, la prophylaxie est basée sur cette étiologie.

Contre les causes prédisposantes, les mauvais états diathésiques, traitement médical : hydrothérapie, arsenic, fer, etc.

Contre les affections atténuées relevant des micro-organismes habituels de la cavité vaginale :

Le bock injecteur doit faire partie du cabinet de toilette de toute femme soucieuse de sa santé, et par une injection avec un liquide antiseptique quelconque, faite chaque matin, elle assurera une propreté suffisante de ses voies génitales. Contre les agents infectieux, causes ordinaires des métrites, les vrais ennemis à combattre, le streptocoque, agent des

métrites puerpérales, le gonocoque, agent des métrites blennorragiques, l'infection étant presque toujours de cause externe, on devra leur opposer les principes de l'antisepsie, qui aujourd'hui sont *des lois* pour le praticien.

1° *Accouchement.* — L'auteur insiste avec juste raison sur les moyens prophylactiques à prendre pendant et après l'accouchement.

Avant l'accouchement. — Chaque malade, à son entrée à l'hôpital, est envoyée au bain. Si le travail est trop avancé, on se contente d'une toilette des organes génitaux externes, faite au savon et à la brosse, et d'une injection vaginale faite au sublimé au quatre-millième. Pendant la durée du travail, on fait encore une ou deux injections avec la même solution.

Le toucher vaginal est pratiqué aussi rarement que possible, car il suffit de pratiquer l'auscultation de temps à autre, afin de s'assurer que tout va bien et que l'enfant ne souffre pas.

Le toucher sera aussi aseptique que possible ; les mains seront soigneusement lavées, brossées, trempées dans une solution de sublimé au millième. Les ongles seront coupés courts et curés avec soin. Si par hasard on avait touché à du pus ou fait une autopsie ou donné des soins à une puerpérale, on devrait, autant que possible, s'abstenir d'assister la femme ; en cas de force majeure, on ne le ferait qu'après une toilette qui ne saurait être trop minutieuse ; c'est là qu'interviennent le brossage longtemps répété et l'immersion des mains dans le permanganate de potasse, le bisulfite et l'eau phéniquée forte. En cas d'une intervention quelconque, la malade sera nettoyée très sérieusement intérieurement et extérieurement.

Les instruments, forceps, ballon, seront flambés ou bouillis, et les avant-bras l'objet d'une toilette sévère.

Une fois ces conditions réalisées, l'accoucheur est en droit

de se livrer à l'intervention qu'il veut, sans avoir le moindre doute sur le succès qui l'attend.

C'est surtout dans les cas de délivrance artificielle que la propreté est de rigueur.

Accouchement terminé. — L'accouchement une fois terminé et la délivrance faite, on procédera de la façon suivante :

Immédiatement après la naissance de l'enfant, on pratique une injection vaginale. Le délivre ayant été extrait, on fait une injection intra-utérine avec du sublimé au quatre-millième à moins de contre-indications : albuminurie, hémorragie grave, auquel cas on use de l'eau phéniquée. Il faut, bien entendu, être sûr de son matériel à injection, eau et canule. Dans les jours qui suivent, on donne à la femme deux injections par jour, et ce n'est que dans les cas où l'écoulement devient fétide que ce nombre est porté à quatre ou six. Les malades quittent l'hôpital ordinairement au bout de 8 à 12 jours, souvent l'exeat étant demandé avec insistance par la malade elle-même ; dans la pratique de la ville, on ne donnera l'autorisation de quitter le lit qu'à la fin de la troisième semaine, car à ce moment l'utérus a accompli sa régression et tout danger de contamination est dès lors évité.

2° *Blennorragie.* — Le médecin ne saurait trop se convaincre de la gravité de cette affection chez l'homme et le devoir qui lui incombe de la combattre avec acharnement, afin de diminuer les contagions encore si fréquentes. La *goutte militaire*, si elle n'est pas de nature contagieuse pendant toute sa durée, est susceptible de le devenir sous certaines influences, excès de coït, de table, de boissons, et la blennorragie peut alors être transmise à la femme avec toutes ses conséquences. Le médecin ne devra donc pas manquer de prévenir son client du danger qu'il fait courir à sa femme, et son devoir est de lui interdire le mariage

avant sa guérison complète. Contre les vieilles gouttes militaires, on devra donc employer les traitements d'usage et ne permettre le mariage, d'après le travail de Finger et les recherches de Janet, que lorsque :

a. L'examen bactériologique de la goutte matinale ne révélera pas la présence du gonocoque ou de tout autre microorganisme.

b. L'examen de l'urine fera constater *l'absence* de filaments et de grumeaux dans le deuxième verre de la miction.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE.

Le traitement opératoire des métrites varie suivant la forme (*aiguë ou chronique*), les différentes variétés et l'état plus ou moins avancé des lésions. L'auteur n'envisage que les métrites aiguës ou chroniques, sans lésions des annexes, les cas d'endométrite simple.

Métrite aiguë succédant à l'accouchement ou à l'avortement. — Pour les uns, curettage suivi d'injections intra-utérines jusqu'à ce que tout rentre dans l'ordre. Les autres, avec Pinard, Tarnier, préfèrent les injections intra-utérines continues.

L'auteur, sans rejeter ces méthodes, pense qu'on peut arriver au même résultat plus facilement.

D'abord, le curettage pratiqué dans ces conditions constitue une opération qui n'est pas à la portée de tout le monde ; la curette, en râclant la muqueuse, ouvre des veines et facilite l'absorption des produits infectieux ; enfin, le curettage même bien fait n'enlève pas toujours les morceaux de placenta adhérents.

Les injections continues n'ont pas ces inconvénients, mais en ville, la manœuvre est bien compliquée et peu praticable.

On peut se contenter de faire passer, trois fois par jour, cinq litres d'une solution phéniquée faible dans l'utérus à chaque séance. Cette méthode suffit dans tous les cas d'in-

fection atténuée et a le grand mérite de pouvoir être mise en œuvre par la première sage-femme venue.

A ce traitement local, le plus important, on peut associer la quinine, l'antisepsie intestinale, la glace sur le ventre ; mais ce qu'il faut avant tout, c'est l'immobilisation la plus absolue. La *déchirure du col* est une complication fréquente de l'accouchement et une porte ouverte à l'infection. Il est inutile d'en pratiquer la suture immédiate, comme le font certains auteurs, car, dans un accouchement fait aseptiquement, la déchirure se répare spontanément d'elle-même ; dans le cas contraire, accouchement sale, la désunion sera souvent le résultat de cette manœuvre pénible pour la malade. Il n'existe qu'une indication absolue à la suture du col : c'est une hémorragie à son niveau dont on ne se rendrait pas maître facilement par une injection chaude ou un tamponnement vaginal.

Métrites chroniques. — Le traitement de ces métrites comprend :

La *cautérisation* des pseudo-ulcérations du col avec les agents caustiques les plus divers, depuis l'inoffensive teinture d'iode, jusqu'aux agents les plus énergiques. L'auteur ne parle de cette méthode que pour la proscrire complètement, car elle n'amène qu'une guérison trompeuse, une autre lésion étant substituée à la première. A la suite de ces cautérisations répétées, il se fait au niveau de ces pseudo-ulcérations une cicatrice, le col s'épidermise étouffant dans la profondeur des culs-de-sac glandulaires atteints d'inflammation chronique, et la malade s'achemine plus vite vers le gros col parenchymateux. On a enfermé le loup dans la bergerie (*Bouilly*).

La méthode de cautérisation par les crayons au chlorure de zinc (*Dumontpallier*) ou par la pâte de Canquoin (*Polaillon*) présente des avantages qui ne compensent nullement les inconvénients qu'elle peut amener.

Si, entre les mains de ses partisans, cette méthode a pu donner des résultats, de nombreux auteurs ont montré qu'elle est très douloureuse, et chose plus grave, qu'elle produit fréquemment de l'atrésie du col, voire même une oblitération complète de la cavité utérine.

Le traitement proprement dit des métrites chroniques dans un stade avancé comprend le curettage de la muqueuse utérine, accompagné ou non du traitement chirurgical du col.

L'auteur ne fait exception que pour certaines métrites très peu accusées qu'il est facile de guérir par la dilatation et des pansements fréquemment renouvelés de la cavité utérine. Quelques attouchements avec un liquide modificateur, la teinture d'iode par exemple, rendront en peu de temps à la muqueuse ses caractères normaux et la *restitutio ad integrum* en sera la conséquence. Si au bout d'un certain temps de ce traitement il n'y avait aucune amélioration réelle, il faudrait agir alors plus énergiquement.

S'agit-il d'une endométrite cervicale et corporelle avec utérus modérément développé, sans lésions du col, le curettage et quelques soins postopératoires suffiront pour amener la guérison.

S'agit-il au contraire d'une métrite cervicale chronique, invétérée, avec ectropion de la muqueuse et dégénérescence scléro-kystique du parenchyme, le curettage sera peu de chose à côté du traitement chirurgical à diriger contre le col. C'est ici qu'interviendront les différents procédés d'amputation de ce segment, que ce soit l'opération d'Emmet, de Schrœder, de Bouilly. Pour le curettage, on pratiquera une grande dilatation au moyen de tiges de laminaire; on en place une quarante-huit heures avant le jour fixé pour l'intervention, le lendemain on l'enlève pour en mettre une grosse et on obtient ainsi une dilatation plus régulière que par la dilatation extemporanée avec le dilatateur de Sims ou les bougies

graduées d'Hegar ; le curettage se fait mieux, l'irrigation est plus facile ainsi que les pansements ultérieurs. Dans les cas de métrites compliquées de déviations utérines, on placera la tige de laminaire en la recourbant ou en abaissant le col.

On pratiquera toujours l'anesthésie des malades, soit avec le chloroforme, soit avec l'éther, suivant les goûts du chirurgien.

Pas d'anesthésie à la cocaïne ou au koryl.

La malade étant endormie, on place le spéculum de Collin, on saisit la lèvre supérieure du col avec une pince tire-balle afin de fixer l'utérus. On pourra, si on le désire, abaisser l'utérus si les annexes sont saines, la moindre inflammation de ce côté contre-indiquant formellement l'abaissement de l'organe.

On pratique une injection intra-utérine avec du sublimé ou de l'eau phéniquée faible ; par suite de la large dilatation obtenue avec la laminaire, on peut se servir d'une canule en verre.

Enfin, on procède au curettage. L'opération terminée, on pratique de nouveau une injection utérine, puis on prend un tampon monté sur une pince et imbibé d'une solution antiseptique quelconque, chlorure de zinc au dixième, glycérine créosotée au tiers, et on l'exprime au niveau de la muqueuse. Si l'on a employé la glycérine créosotée, il ne faut pas oublier d'irriguer le vagin, autrement sa muqueuse se laisse entamer par le caustique, et quelques jours après on découvre une plaque de sphacèle vaginale qui peut inquiéter le médecin non prévenu.

Le pansement variera suivant l'état des lésions. Pour les métrites invétérées, qui peuvent exiger des pansements utérins pendant longtemps, on maintiendra la dilatation à l'aide d'un drain en caoutchouc ; s'il existe en même temps de la rétroflexion, le drain favorisant le ramollissement de l'uté-

rus aidera plus facilement à sa réduction. Pour les cas moyens, on pourra laisser une mèche de gaze dans l'utérus. Dans les cas légers, on peut se passer de pansement utérin et se contenter d'un tamponnement léger du vagin.

On ne s'en tiendra pas là, et avec M. Pozzi, il ne faut pas abandonner ces malades trop tôt pour éviter les récidives. Dans les jours qui suivent le curettage, il faut continuer à porter au contact de la muqueuse des substances antiseptiques, faire tous les deux ou trois jours un attouchement de la cavité utérine avec une solution de nitrate d'argent ou avec de la teinture d'iode.

De cette façon seulement, la guérison sera certaine.

Le temps pendant lequel on devra continuer ces attouchements de la muqueuse variera suivant les cas.

Les opérations sur le col sont dans certains cas le complément indispensable du curettage :

Contre l'endométrite glandulaire dans laquelle les lésions vont jusqu'à la profondeur des culs-de-sac glandulaires, avec Bouilly, on fera suivre le curettage d'une excision de la muqueuse cervicale pratiquée sur les deux lèvres en ménageant aux deux angles une bande de tissu muqueux qui s'oppose au rétrécissement de l'orifice dans l'avenir. Contre les métrites parenchymateuses à gros cols déchirés au moment de l'accouchement, entr'ouverts, fendus largement, ectropionnés, cicatrisés ou non, il faut intervenir par les différentes opérations de Schrœder, d'Emmet, l'amputation biconique, etc.

Enfin dans les vieilles métrites cervicales avec dégénérescence scléro-kystique du parenchyme, effondrement du plancher périnéal, affaissement du vagin, rectocèle et cystocèle, degré variable de prolapsus utérin, on pratiquera *un complet*, à savoir :

Le curettage utérin ;

L'amputation du col ,

Une colporraphie antérieure ;
Une colporraphie postérieure ;
Et une périnéorraphie.

Quel que soit le traitement employé, on conseillera aux malades les injections proprement faites et pendant les premiers temps qui suivent l'opération, le repos au moment des règles et l'usage modéré des rapports sexuels. Tous ces efforts seront récompensés dans l'avenir par une conception souvent impossible jusque-là, et l'accouchement, malgré les opérations sur le col, se fera normalement. Le rôle du médecin sera enfin terminé, lorsque, contre les phénomènes réflexes dus à la métrite, il aura institué un traitement médical approprié.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Par le docteur L. Touvenaint.

Traitement de l'angine de poitrine. — Traitement du cancer de l'estomac. — Activité comparée de la digitaline cristallisée (française) et de la digitoxine (allemande).

Traitement de l'angine de poitrine (*Revue internationale de médecine et de chirurgie pratiques*, 1894). — L'angine de poitrine est un des nombreux accidents pathologiques qui peuvent survenir au cours de la sclérose du cœur. Il faut réserver ce nom au syndrome morbide décrit par Rougnon et Heberden, qui est caractérisé anatomiquement par l'existence de la sclérose cardiaque avec ou sans oblitération des artères coronaires.

Comment convient-il de diriger le traitement en présence d'un accès d'angine de poitrine ? Il faut s'adresser aux médicaments capables de produire une vaso-dilatation rapide. La morphine rend ici de grands services, et l'on aura recours à une injection sous-cutanée de *chlorhydrate de morphine* à la dose de 1 centi-

gramme pour débuter ; si cette dose ne suffit pas, on peu l'augmenter selon les besoins.

L'inconvénient de cette médication est de n'agir qu'au bout de quelques minutes ; aussi convient-elle surtout aux longs accès.

Le *nitrite d'amyle* a une action beaucoup plus prompte ; de plus, le malade peut l'avoir à sa disposition et l'utiliser dès le début de la crise. On fera usage d'ampoules de verre contenant quelques gouttes du médicament, et qu'on brise dans un mouchoir au moment de le respirer. Si l'accès se prolonge, on pourra briser de la sorte plusieurs ampoules.

Toutes les médications qu'on a proposées, en particulier l'électrisation faradique de la région du cœur, sont plus nuisibles qu'utiles, et l'on ne devra pas y avoir recours.

Voilà pour le traitement au moment de l'accès. Examinons maintenant ce qu'il faut faire dans l'intervalle des accès. Ce traitement est le même que celui de l'artério-sclérose. Ici deux médicaments peuvent rendre de grands services : ce sont, d'une part la trinitrine, d'autre part les iodures alcalins.

Pour la trinitrine, on prescrira la solution alcoolique au centième, selon la formule suivante :

Solution alcoolique de trinitrine au centième.	xxx gouttes.
Eau distillée	300 grammes.

Prendre trois cuillerées à soupe par jour.

Si l'on veut avoir une action plus prompte, on se servira de la voie hypodermique, et l'on injectera trois gouttes de la solution de trinitrine au centième, c'est-à-dire qu'on injectera une seringue entière de la solution suivante :

Solution alcoolique de trinitrine au centième.	xxx gouttes.
Eau distillée	10 grammes.

Quant aux iodures, il est préférable de prescrire l'iodure de sodium, et cela de la façon suivante :

Iodure de sodium	20 grammes.
Eau bouillie	300 —

Chaque cuillerée à soupe de cette solution renferme exactement 1 gramme d'iodure. On commencera par donner 50 centigrammes, puis on augmentera la dose jusqu'à faire prendre 3 grammes par jour, en ayant soin de le donner aux repas, soit dans de la bière, soit dans du lait, pour ne pas fatiguer l'estomac. Il est urgent d'interrompre de temps à autre cette médication pour éviter les phénomènes d'iodisme.

Les révulsifs ont ici une action favorable : vésicatoires, pointes de feu, cautères.

La fatigue, la marche, les efforts, l'usage du tabac, seront proscrits ; les soins de la peau (lotions et frictions), un régime alimentaire peu excitant, composé surtout de viandes blanches et de légumes verts, sans boissons alcooliques, compléteront le traitement de l'artério-sclérose.

Quant aux angines de poitrine qui ne dépendent pas d'une lésion du cœur ou de l'aorte, elles demandent un traitement spécial en rapport avec la cause productrice : hystérie, neurasthénie, ataxie locomotrice. En tout cas, l'usage du tabac doit être absolument défendu, et sa suppression suffit parfois pour amener la disparition des accès d'angor pectoris.

Traitement du cancer de l'estomac (*Tribune médicale*, 1894).

A. Traitement palliatif.

1° Vie au grand air, au repos ; éviter toute cause de dépression morale, les ennuis et les chagrins.

Faire quatre repas par jour et manger peu à la fois. Lait comme boisson, ou bien infusions chaudes d'espèces aromatiques. Viandes bien cuites, poudres de viande, gelées de viande ; farineux en purée, pâtes alimentaires, œufs.

2° Au début de chaque repas, prendre un cachet contenant :

Poudre de charbon de peuplier...........	0g,30
Naphtol β..............................	0 ,15

3° A la fin du repas, prendre une cuillerée à soupe de :

Pepsine	5 grammes.
Acide lactique	1 —
Sirop d'écorces d'oranges	50 —
Eau de fleurs d'oranger	150 —

4° Calmer la douleur en prenant, au moment du repas, une pilule de :

Chlorhydrate de cocaïne	0g,05
Extrait d'opium	} āā 0 ,01
Extrait de belladone	}

F. S. A. — Une pilule n° 20.

Si les douleurs sont trop vives, pratiquer une injection de 1 centigramme de morphine.

5° Si les aliments ne sont pas digérés et sont rendus dans des vomissements putrides, pratiquer chaque jour un *lavage de l'estomac* avec une solution antiseptique de :

Permanganate de potasse	0g,50

Pour un paquet n° 10.

Un paquet par litre d'eau.

6° Lorsque l'estomac refuse toute alimentation, donner matin et soir un des lavements nutritifs suivants, en ayant soin d'administrer auparavant un lavement ordinaire :

Jaunes d'œufs	N° 2.
Peptones sèches	10 grammes.
Lait	200 —
Laudanum de Sydenham	v gouttes.

Ou bien :

Vin	100 grammes.
Bouillon	150 —
Peptones sèches	10 —
Laudanum	v gouttes.

B. Traitement curatif.

Si l'état du malade et les limites restreintes et bien localisées du néoplasme le permettent, conseiller l'*extirpation totale de l'estomac*.

Activité comparée de la digitaline cristallisée (française) et de la digitoxine (allemande) (C. Bardet, *Nouveaux Remèdes*, 1895). — 1° *La digitaline cristallisée* dite *chloroformique* est le seul des produits retirés de la digitale qui représente un principe réellement défini et d'action constante et bien connu au point de vue thérapeutique ; 2° *la digitoxine* n'est pas, comme on l'a dit, un principe identique à la digitaline cristallisée ou même amorphe, c'est un mélange indéfini non cristallisé ; son activité est variable et peut être égale ou se montrer deux à trois fois supérieure à celle de la digitaline cristallisée ; 3° *la digitaline amorphe* contient, comme la digitoxine, un corps probablement glucosidique, d'activité considérable qui puisse faire varier l'énergie ; 4° il y a grand intérêt pratique à ne maintenir dans la pharmacopée que des corps définis à action constante ; par conséquent, la *digitaline cristallisée* dite *chloroformique* étant le seul principe défini actif de la digitale doit *seule* être prescrite.

BIBLIOGRAPHIE

La Syphilis et les Maladies vénériennes, par le docteur Ernest Finger, professeur à l'Université de Vienne, traduction d'après la troisième édition allemande, avec notes par MM. Adrien Doyon, correspondant de l'Académie de médecine, médecin inspecteur des eaux d'Uriage, et Paul Spillmann, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, correspondant de l'Académie de médecine. Un fort volume grand in-8° avec cinq planches en chromo-lithographie hors texte. Félix Alcan, éditeur.

Sous une forme concise, ce traité résume, d'une façon claire et précise, les données actuelles sur les maladies vénériennes et syphilitiques. Les lecteurs y trouveront un exposé des doctrines viennoises et un tableau complet de tous les traitements appliqués à la blennorragie, au chancre simple et à la syphilis. A ce titre, cet ouvrage ne pourra qu'être utile aux praticiens et aux étudiants qui y trouveront un guide précieux pour l'étude et le traitement de ces diverses affections. M. le docteur Dimmer, agrégé, chargé du cours d'ophtalmologie à l'Uni-

versité de Vieune, a décrit toutes les affections oculaires qui relèvent de la blennorragie et de la syphilis. Les éditions multiples de l'ouvrage du professeur Finger et les traductions de son livre en anglais et en italien suffisent à montrer la réelle valeur de ce traité.

Les annotations de MM. Doyon et Spillmann ont pour but de mettre en relief les théories et les méthodes françaises. Leur compétcnce bien connue dans ces questions leur permettait de le faire avec autorité.

La Pratique de la sérothérapie et les Traitements nouveaux de la diphtérie, par le docteur H. Gillet, ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hospice des Enfants assistés, chef du service des maladies des enfants à la Policlinique de Paris. Un volume in-18 jésus de 300 pages avec 37 figures, cartonné. (J.-B. Baillière, éditeur.)

Quand une méthode nouvelle et importante, comme la *Sérothérapie*, fait sa venue dans le monde scientifique, ce n'est pas sans changer plus ou moins l'orientation des esprits et sans exiger la mise au point du chapitre thérapeutique de la diphtérie. C'est cette mise au point que M. Gillet a poursuivie dans ce livre.

On y trouvera consignée l'expérience personnelle acquise par un séjour à l'hospice des Enfants assistés, comme interne de M. Sevestre, puis par la direction d'un service de maladies des enfants à la Policlinique de Paris et d'un dispensaire pour cnfants malades, à côté de ce que peut enseigner une clientèle spéciale de ville.

De ses voyages cn Amériquc, en Allemagne, en Italie, en Suisse, M. Gillet a, cn outre, rapporté les résultats dc l'expérience de ses confrères étrangers. A cet appoint, il a joint les renseignements que les publications françaises et étraugères ont pu offrir.

Voilà avec quels matériaux a été écrit ce livre. En voici le but et l'idée dominante.

Un livre sur le traitement, même sur les *nouveaux traitements de la diphtérie*, doit, avant tout, être un livre pratique. Dans une maladie où l'urgence talonne si âprement le médecin, il n'y a pas place pour de longucs dissertations. Il faut pouvoir se renseigner vite, comme il faut se décider vite. C'est pourquoi M. Gillet s'est placé toujours au poiut de vue de la pratique journalière.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.



NOTE DE LA RÉDACTION

En prenant possession du poste occupé pendant vingt-trois ans par mon regretté maître, je ne me dissimule pas combien la charge est lourde; aussi mon premier soin, dès la mort de M. Dujardin-Beaumetz, a-t-il été de demander le concours de savants distingués, de médecins connus pour les travaux de thérapeutique qu'ils ont publiés et surtout par le caractère essentiellement pratique de leur enseignement.

Il ne faut pas oublier, en effet, que le *Bulletin de thérapeutique* est surtout lu par des praticiens. Donc, s'il est du devoir de la rédaction d'accueillir avec empressement tous les travaux originaux qui sont publiés par les médecins et tendent à faire avancer la science, elle doit aussi s'attacher à tenir le lecteur au courant des progrès de la pratique, en vulgarisant les recherches techniques, trop spéciales pour figurer *in extenso* dans un recueil à l'usage de médecins professionnels.

D'ailleurs, je n'ai qu'à prendre pour guide la tradition suivie avec tant de persévérance par M. Dujardin-Beaumetz, pour être assuré de satisfaire le lecteur, mais cela sans renoncer à exécuter les réformes qui deviennent nécessaires à chaque changement de générations, aussi bien dans la presse que dans la vie courante.

En prenant la direction scientifique du *Bulletin*, M. Albert Robin, qui m'a fait le grand honneur de me désigner

comme son assistant de thérapeutique à la Pitié, apportera au journal le concours d'une précieuse collaboration, en publiant les conférences de clinique thérapeutique si intéressantes qu'il fait avec un si grand succès dans son service, et qui remplaceront désormais les leçons que le maître de Cochin a si longtemps données au *Bulletin*, et que les lecteurs avaient coutume de trouver à la première page.

Les articles de M. Albert Robin paraîtront successivement à partir du mois prochain; ils vulgariseront les méthodes nouvelles qu'il a inaugurées, en établissant une thérapeutique rationnelle, basée sur l'analyse des faits cliniques et sur les recherches du laboratoire.

Le *Bulletin* continuera naturellement à publier des mémoires originaux, soit ceux des membres de son comité, MM. Hallopeau et Bouilly, soit ceux que lui adresseront les médecins et qui auront été acceptés par le comité de rédaction. Celui-ci fera d'ailleurs la plus large part aux travaux des savants de province et de l'étranger, désireux de participer ainsi au mouvement de décentralisation qui est aujourd'hui général, et cela pour le plus grand bien des intérêts scientifiques.

Je compte donner tous mes soins à la rédaction du journal, en surveillant sérieusement la publication de revues qui tiendront le lecteur très au courant du mouvement thérapeutique dans toutes ses branches, et en établissant ainsi une bibliographie complète des travaux français et étrangers. Ce service sera dorénavant assuré par MM. A. Bolognesi et Zaguelmann.

M. le docteur Heim, professeur agrégé d'histoire natu-

relle médicale à la Faculté de Paris, a bien voulu se charger de la partie *drogues végétales;* je me chargerai moi-même spécialement de la *matière médicale chimique*, et le lecteur sera ainsi certain de trouver dans le *Bulletin* tous les renseignements pharmacologiques qui deviennent de plus en plus nécessaires au médecin, à un moment où les découvertes transforment rapidement la matière médicale. Mais le praticien n'aura pas à craindre de voir ce côté de la thérapeutique prendre un trop grand développement, et nous n'oublierons jamais que nos lecteurs ont seulement besoin de renseignements pratiques et professionnels.

Les revues spéciales, *oculistique*, *laryngologie*, *rhinologie*, *électrothérapie*, *obstétrique* et *gynécologie*, seront rédigées par des spécialistes, et dès à présent MM. Auvard, Courtade, Dignat, Laskine et Miquet ont bien voulu s'en charger.

Enfin, je puis annoncer dès à présent que l'éditeur du *Bulletin de thérapeutique* est décidé à apporter dans son organisation matérielle des changements et des perfectionnements sérieux. M. Doin a reçu beaucoup de réclamations relatives à la manière dont sont faits les numéros intercalaires du 8 et du 23 de chaque mois, contenant l'*Annuaire* et le *compte rendu de la Société de thérapeutique*.

Il est certain que le mode actuel de publication ne répond plus aux nécessités modernes, et que l'*Annuaire* fait double emploi avec les *Revues* publiées dans le corps du journal. L'éditeur étudiera donc, avec le comité, un nouvel arrangement qui donnera satisfaction au lecteur. La nouvelle combinaison, pour des raisons matérielles (nécessité

de finir les volumes en cours de publication), ne pourra commencer qu'à partir du 1er janvier prochain ; mais nous pouvons assurer qu'elle amènera une augmentation considérable dans la matière fournie aux lecteurs. L'éditeur, en faisant ce sacrifice, espère contribuer au succès d'une publication qui date de soixante-cinq ans et mérite, assurément, de tenir dans la presse médicale un des premiers rangs.

Je prie d'ailleurs les lecteurs du *Bulletin de thérapeutique* de vouloir bien me faire un crédit de quelques mois, pendant lesquels, avec l'aide du comité, j'organiserai peu à peu le service régulier du journal sur les bases qui viennent d'être indiquées.

Qu'il me soit permis, en terminant, de remercier MM. Sapelier et Guinard d'avoir bien voulu assurer le service régulier du journal en attendant l'organisation de la nouvelle rédaction ; je suis heureux de leur en exprimer publiquement toute ma reconnaissance.

Docteur G. Bardet.

HYGIÈNE PROPHYLACTIQUE

DÉSINFECTION

Étude sur les propriétés thérapeutiques et désinfectantes de la formaldéhyde ou formol ;

Par le docteur G. Bardet.

La formaldéhyde, plus connue en thérapeutique sous le nom de *formol*, est certainement l'un des corps les plus curieux qui aient été introduits depuis longtemps dans la thérapeutique et dans l'industrie. Ses applications sont multiples, et il n'y a pas de doute qu'elles s'étendront tous les jours.

Toutes ces applications, y compris les applications médicales, sont dues à la particularité particulière que possède la formaldéhyde de durcir les substances azotées du genre de la gélatine, et de les *fixer* dans le sens histologique.

Toute gélatine ou tout tissu gélatineux, touché par une quantité infinitésimale de formol, devient insoluble dans l'eau, même dans l'eau bouillante.

Prenons un exemple bien démonstratif. Tous les photographes (et qui ne l'est pas aujourd'hui !) savent combien il est difficile de faire sécher les glaces au gélatino-bromure d'argent, et cette lenteur est souvent un grave inconvénient dans les laboratoires où l'on est souvent pressé d'avoir le cliché développé, sans compter que souvent, dans les dix ou douze heures qu'exigent toujours les grandes glaces, pour sécher, elles risquent d'être détériorées et reçoivent de la poussière. Eh bien, immergez une minute, après toutes les opérations du fixage, votre glace dans une solution à 2 pour 100 de formol commercial, et vous pourrez sécher une grande glace en deux minutes devant un feu ardent. Or, on sait que

la gélatine humide, chauffée à 30 degrés, se dissout immédiatement. Mais le formol l'a rendue complètement insoluble et l'on peut alors la chauffer impunément à 100 degrés.

Il est rationnel de supposer que l'action antiseptique, vraiment surprenante, du formol est due à ce que ce composé *fixe* de la même manière l'enveloppe chitineuse des bactéries et de leurs spores, les rendant ainsi impropres aux échanges vitaux.

Ce corps mérite donc d'être longuement étudié ; mais, avant de relater les expériences originales de désinfection que nous avons faites en collaboration avec M. A. Trillat, nous allons résumer les travaux antérieurs, en analysant le travail inséré dans le *Supplément au Dictionnaire de thérapeutique* de Dujardin-Beaumetz, qui vient de paraître. Nous passerons rapidement sur les propriétés chimiques et la préparation du formol, pour insister davantage sur les faits physiologiques et thérapeutiques.

L'aldéhyde formique, hydrure de formyle, formol, formaline, représentée par la formule CH^2O, découverte par Hoffmann, n'a pu jusqu'à présent être obtenue qu'en mélange avec l'alcool méthylique. On la prépare en faisant passer un mélange d'air et de vapeur d'alcool méthylique dans un large tube contenant des fils en platine très fins et chauffés à une température peu élevée. Le liquide qui se condense est de l'aldéhyde formique dissoute dans l'alcool méthylique dont on peut éliminer une partie par la distillation. Le résidu soumis à des congélations successives peut être amené à un taux de 40 pour 100 en aldéhyde, qui est gazeuse.

Trillat, qui a fait une étude spéciale de ce composé, l'obtient industriellement en plaçant l'alcool méthylique dans certaines conditions qui favorisent son oxydation, et en le faisant passer sur du charbon de cornue porté au rouge obscur.

Cette réaction se fait si facilement que, pour éviter l'usage

du produit commercial et obtenir une plus grande rapidité de diffusion, l'auteur a pu faire construire un appareil, que nous décrirons prochainement et qui a l'avantage de produire en quantités énormes le formol à l'état sec.

La solution aqueuse ou alcoolique de formol est incolore ; elle irrite fortement la muqueuse pituitaire, et possède une odeur particulière de souris. La solution commerciale de formol dans l'alcool méthylique ne peut dépasser 50 pour 100, au delà de laquelle l'aldéhyde subit une polymérisation qui la transforme en un corps solide, le *trioxyméthylène* $(CH^2O)^3$.

La solution de formaldéhyde abandonnée à l'air émet des vapeurs.

En 1888, Trillat avait remarqué que l'urine devenait imputrescible quand on l'additionnait d'aldéhyde formique. Par des expériences plus récentes (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, CXIV, 1278), il a fait voir que sa puissance antiseptique est supérieure à celle du bichlorure de mercure. Des essais comparatifs furent institués avec des bouillons préparés avec du jus de viande frais. Les vases renfermant chacun 10 centimètres cubes de bouillon furent additionnés d'antiseptiques dans des proportions variant de 1 millième à 3 dix-millièmes, puis placés dans une étuve à une température constante de 30 degrés.

L'aldéhyde formique dans la proportion de 1 trente-millième a sensiblement retardé les fermentations, et dans celle de 1 vingt-cinq-millième, le bouillon était inaltéré au bout de quatre jours.

Avec une proportion semblable de bichlorure de mercure, la décomposition se prononça au bout de vingt-quatre heures, et avec 1 six-millième, elle se fit en cinq ou six jours.

D'un autre côté, 1 douze-millième d'aldéhyde formique suffit pour conserver le bouillon intact pendant plusieurs semaines.

De petites quantités suffisent pour stériliser les flacons

qui contiennent des bacilles de l'anthrax ou ceux de la salive humaine.

Dans l'eau d'égout renfermant 1 800 000 micro-organismes par centimètre cube, tous les germes sont détruits en quelques heures par cette aldéhyde.

Son action préventive de la fermentation est non moins remarquable. Toutefois, les résultats obtenus en soumettant les animaux aux injections sous-cutanées ou intra-veineuses sont de nature à ne pas faire adopter ce composé comme antiseptique général.

Trillat fait remarquer qu'on pourrait employer l'aldéhyde formique dans l'analyse des vins, car, en sa présence, les matières extractives et colorantes naturelles sont précipitées, tandis que les couleurs dérivées de la houille ne sont pas affectées.

Vapeurs. — Berlioz et Trillat, en continuant leurs recherches, ont étudié l'action de la vapeur, et sont arrivés à cette conclusion qu'elle est rapidement diffusée dans les tissus animaux et les rend imputrescibles.

Ces vapeurs sont très rapidement absorbées par les tissus animaux.

Dans un tube allongé, on place des déchets de viande fraîche, qu'on fait traverser par un courant d'air ayant barboté dans une solution aqueuse de formol à 5 pour 100. Ce courant d'air est recueilli à l'autre extrémité du tube dans un récipient contenant soit une solution ammoniacale de nitrate d'argent, soit de l'eau d'aniline (ce dernier réactif est très sensible pour indiquer la présence du formol). On fait passer le courant d'air pendant dix minutes dans le tube, et l'on constate que les réactifs ne donnent aucun trouble, ni précipité caractérisant la présence de l'aldéhyde formique.

Une autre expérience consiste à suspendre des morceaux

de viande dans un flacon contenant une solution de formol : les vapeurs sont rapidement absorbées.

L'action antiseptique des vapeurs de formol est démontrée par les expériences suivantes :

Sous une cloche d'une contenance de 10 litres, on place divers bouillons stérilisés et ensemencés par les microbes du jus de viande en décomposition ; sous cette cloche est disposé un petit récipient contenant 5 centimètres cubes de solution de formol à 10 pour 100. Les faibles vapeurs qui se dégageaient de cette solution ont suffi pour empêcher le développement des bactéries.

Les mêmes résultats s'obtiennent en ensemençant les bouillons avec les bacilles des eaux d'égout et le *Bacillus anthracis*.

Des bouillons ensemencés de bacille d'Eberth et de colibacille, placés à l'étuve sous une cloche renfermant une solution de formol à 40 pour 100, restent clairs.

On peut observer la même action avec les organismes inférieurs : le liquide Raulin, en présence de traces de formol en vapeurs, devient rebelle aux cultures de l'*Aspergillus niger* et des *penicillium*.

L'action antifermentescible se manifeste d'une manière remarquable.

Des échantillons de moût de bière, abandonnés aux ferments lactique et butyrique, séparément ou simultanément, contenant 10 centimètres cubes d'une solution de formol à 10 pour 100, ne subissent aucune altération après quatre ou cinq jours ; l'acidité totale des échantillons de moût est restée sensiblement la même.

Un flacon de bouillon peuplé de bacilles d'Eberth est placé sous une cloche renfermant une solution aqueuse de formol commercial à 40 pour 100. Au bout d'une demi-heure, une parcelle de culture est prélevée avec l'anse de platine et transportée dans un bouillon nutritif.

Ce bouillon est resté infertile.

Pour mettre plus en évidence l'action microbicide, des morceaux de toile de 1 centimètre carré sont imbibés de culture de bacille d'Eberth et de bactéridie charbonneuse sporulée. On les suspend dans un flacon dans lequel on fait arriver un courant d'air qui a traversé une solution de formol à 5 pour 100. Toutes les cinq minutes, on retire un morceau de toile et on le transporte dans du bouillon placé à l'étuve.

La bactéridie charbonneuse est tuée après vingt minutes, le bacille d'Eberth après vingt-cinq minutes d'exposition à ce courant d'air.

Si le courant d'air traverse une solution de formol à $2^{gr},50$ pour 100, le bacille d'Eberth n'est pas tué au bout d'une heure.

Si l'on remplace la solution de formol par une solution d'essence de cannelle de Ceylan ou de créosote à 5 pour 100, le bacille d'Eberth n'est pas tué après une heure d'exposition. Les vapeurs de formol sont donc bien plus énergiques que l'essence de cannelle et la créosote, qui sont réputées comme très antiseptiques.

L'expérience a été faite dans les mêmes conditions sur un morceau de toile imprégné de culture d'Eberth, puis desséché. Après dix minutes d'exposition au courant d'air traversant la solution de formol à 5 pour 100, le morceau de toile a été ensemencé dans du bouillon. Ce bouillon est resté clair. Un morceau de toile témoin a donné, le lendemain, une abondante culture.

Enfin, on peut stériliser le pharynx et les amygdales en respirant, pendant une demi-heure, le courant d'air barbotant dans la solution de formol à 5 pour 100.

Ces expériences, et surtout la dernière, démontrent que les vapeurs de formol pourraient rendre des services dans les maladies infectieuses de la gorge et des voies respira-

toires, à condition de trouver un procédé convenable d'inhalation.

En injection sous-cutanée chez le cobaye, les doses de 53 et 66 centigrammes par kilogramme ne sont pas mortelles ; la dose de 80 centigrammes l'est assez rapidement. En injection intra-veineuse, la dose mortelle est de 7 centigrammes par kilogramme pour le chien, et de 9 centigrammes par kilogramme pour le lapin. Les vapeurs de formol ne deviennent toxiques que lorsqu'elles sont respirées en grande quantité et pendant plusieurs heures. Les nombreux essais que nous avons pratiqués, M. Trillat et moi, et durant lesquels nous avons respiré souvent de grandes quantités de formol, prouvent que la tolérance de la muqueuse pulmonaire est grande. La muqueuse conjonctivale est plus rapidement impressionnée.

Un cobaye, exposé dans une caisse aux vapeurs se dégageant d'une solution de formol à 40 pour 100, est mort en trois jours. Un second cobaye, exposé seize heures par jour au courant d'air traversant la solution de formol à 5 pour 100, est mort pareillement au bout de trois jours.

En résumé, d'après le travail de Berlioz et Trillat :

1° Les vapeurs de formol se diffusent rapidement dans les tissus normaux, qu'elles rendent imputrescibles;

2° Elles s'opposent, même en très faibles proportions, au développement des bactéries et des organismes;

3° Elles stérilisent en quelques minutes les substances imprégnées de bacilles d'Eberth ou de charbon ;

4° Les vapeurs ne sont toxiques que lorsqu'on les respire pendant plusieurs heures et en grande quantité.

Les propriétés désinfectantes de la formaldéhyde furent d'abord signalées par Loew (*Munchn. med. Woch.*, 1888, n° 24), puis par Buchner et Segalle (*Id.*, 1889, n° 20).

Les expériences, d'ordre bactériologique, faites par J. Stahl (*Pharm. Zeit.*, 1893, n° 22), démontrèrent que le formol

(40 pour 100 en poids de formaldéhyde) peut être considéré comme très voisin du sublimé corrosif au point de vue microbicide, voire même supérieur à celui-ci en présence d'un liquide albumineux. Sous forme de vapeurs, mélangée à l'air en proportion de 2,5 pour 100, la formaline détruit tous les microbes, même dans leur forme résistante. Tous les objets sont stérilisés, sans être détériorés le moins du monde, après avoir subi la pulvérisation d'une solution aqueuse d'un demi à 2 pour 100 de formaline. Celle-ci n'attaque dans les tissus que les agents pathogènes seuls, en respectant les corps organiques et inorganiques que ces germes ont envahis. Le formol pourrait être appelée une sorte de *sublimé inoffensif*. En outre, la facilité de son maniement et son bon marché ajoutent encore leur appoint à sa valeur pratique.

Liebreich (*Therap. Monatsh.*, avril 1893), en se basant sur les diverses expériences avec la formaldéhyde déjà connues, donne un aperçu de l'avenir réservé à ce produit. Il fait ressortir ses vertus antiseptiques, tannantes, et son peu de toxicité. Il admet la possibilité d'y trouver un principe utile à l'antisepsie générale.

J. Pohl (*Archiv für exp. Path.*, Bd XXXI, H 4, etc.), faisant pour le besoin de sa démonstration une recherche sur le mode d'action de la formaldéhyde et sur la différence de cette action avec celle de l'alcool méthylique, arrive à la conclusion que les deux indications sont totalement différentes.

Valude (*Ann. d'oculistique*, juillet 1893), instruit des expériences de laboratoire de Dubief, de Trillat, Berlioz (*Monit. scientif. Quesneville*, 1892), Jean (*Journal d'hygiène*, 1892), Duclaux (*Ann. Inst. Pasteur*, 1892), confirmant la vertu stérilisante de la formaldéhyde, a utilisé cette dernière cliniquement, dans sa pratique d'oculistique, comme antiseptique. Les résultats obtenus concordent parfaitement avec les expériences de laboratoire, notamment de celles de Strauss, d'où

il ressort que la formaldéhyde, même à dose moindre, possède sur les liquides organiques une vertu stérilisante plus forte que celle du sublimé, quoique son activité microbicide directe soit moindre que celle de ce dernier. L'activité de la formaldéhyde sur les tissus infectés serait plus profonde et plus durable. Cela tiendrait à sa parfaite solubilité, sa diffusibilité, la non-précipitation de l'albumine. Les doses employées par l'auteur varièrent de 1 sur 2000 à 1 sur 500,

Les recherches d'Aronson (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1892, n° 30) confirment, au point de vue bactériologique, les expériences diverses relatées plus haut, aussi bien d'ailleurs qu'au point de vue de l'action toxique sur les animaux supérieurs.

Des cultures du bacille de la diphtérie (bacille de Lœfler) ont été stérilisées après addition de formaldéhyde dans la proportion de 1 pour 400, toujours après dix minutes de contact. Des cultures du même bacille, exposées à des vapeurs d'une solution étendue de formaldéhyde, ont été atténuées dans leur virulence. (Aronson.)

D'autres expériences ont démontré que, pour un lapin, la dose mortelle de formaldéhyde était de 24 centigrammes par kilogramme de poids corporel, le toxique étant injecté sous la peau. Or, cette dose est de 26 centigrammes pour l'acide phénique et de 15 milligrammes pour le sublimé.

D'autres aldéhydes ont été expérimentées par l'auteur au point de vue de leur action antiseptique. Ces expériences ont démontré que les vapeurs de l'acétaldéhyde exercent une action parasiticide très énergique sur le bacille de la diphtérie. Même résultat pour la benzaldéhyde et pour d'autres aldéhydes de la série aromatique.

De Buck et Vanderlinden (*Ann. et Bull. Soc. méd. de Gand*, septembre 1892) ont étudié également le formol au point de vue clinique et expérimental. Voici les résultats auxquels ils sont arrivés :

La toxicité du formol en *injection sous-cutanée* serait, d'après ces expériences, pour le lapin 1 centimètre cube à 1 centimètre cube et demi par kilogramme, ce qui représenterait environ 4 à 6 décigrammes de formaldéhyde, dose correspondant à celle fixée déjà par les expériences de Berlioz et Trillat.

Chez le chien, 1 centimètre cube de formol par kilogramme en injection hypodermique, soit encore une fois 4 décigrammes environ de formaldéhyde, n'amène la mort qu'au bout de vingt-quatre heures, ce qui peut être attribué à la forme diluée sous laquelle a été administrée la formaldéhyde et conséquemment à sa pénétration à dose plus fractionnée dans le courant circulatoire.

En *injection intra-veineuse*, les auteurs ne déterminent pas de dose absolue, injectée brusquement (Berlioz et Trillat donnent pour le chien et par kilogramme 7 centigrammes de formaldéhyde, pour le lapin 9 centigrammes).

Il paraîtrait, d'après ces expériences, que l'animal à sang froid est plus sensible à l'action du formol que l'animal à sang chaud. Une grenouille moyenne succombe, en effet, en une à deux heures à l'injection sous-cutanée de 2 milligrammes de formaline (8 dix-milligrammes de formaldéhyde).

Quant à la toxicité relative du formol vis-à-vis des autres antiseptiques utilisés dans la pratique chirurgicale, il n'y a guère de doute que la conclusion ne soit tout entière en faveur du formol.

La mort chez les animaux à sang chaud arrive par paralysie respiratoire.

Comme conclusions, de Buck et Vanderlinden admettent :

1° Le formol en solution aqueuse à 10 pour 100 répond bien à certains desiderata de la chirurgie moderne, comme liquide à la fois aseptique et antiseptique (il n'est pas improbable que cette concentration puisse encore être abaissée) ;

2° A ce degré de concentration, d'ailleurs, le formol ne

peut exercer sur nos tissus qu'une action fort peu nocive ;

3° Son absorption n'est pas à craindre, car la toxicité est faible ;

4° Son action se porte surtout sur le système nerveux central et notamment sur la moelle.

Schmidt a observé qu'en ajoutant le formol à la viande putréfiée, toute odeur disparaît immédiatement. Le même effet se produit sur l'urine. L'odeur des matières fécales est également détruite.

En étudiant la nature chimique des modifications qui se produisent, il a vu que, lorsqu'une solution d'hydrogène sulfuré est agitée avec une quantité suffisante de formol, l'odeur du gaz disparaît et est remplacée par une odeur alliacée. La réaction serait la suivante :

$$CH^2O + H^2S = CH^2 < \begin{matrix} SH \\ OH \end{matrix}$$

Ou quand il y a un excès de formol pour enlever l'odeur de mercaptan :

$$\left. \begin{matrix} CH^2 < \begin{matrix} SH \\ OH \end{matrix} \\ CH^2O \end{matrix} \right\} = CH^2 < \begin{matrix} S \\ OH.OH \end{matrix} > CH^2$$

Le méthylamercaptan CH^3SH qui, d'après Meuck, est la principale cause de l'odeur des matières fécales, est rapidement décomposé par un excès de formol. L'ammoniaque et les bases ammoniacales sont immédiatement converties en produits inodores.

Le skatol n'est décomposé que si l'on ajoute de l'acide chlorhydrique, et, dans ce cas, il est converti en un produit inodore, insoluble dans l'eau. En ceci, le skatol synthétique diffère de son isomère le méthylindol, qui est immédiatement décomposé par le formol.

Slater et Rodrat concluent de nombreuses expériences que ce composé, soit en solution, soit sous forme de vapeurs, possède des propriétés antiseptiques ; que, de plus, il

n'est pas toxique; qu'on peut le vaporiser facilement ; qu'il n'a pas d'action corrosive sur les objets fabriqués, qualités qui le rendent des plus utiles pour la désinfection pratique.

D'un autre côté, Holfert, devant la Société de pharmacie de Berlin (août 1894), a appelé l'attention sur l'emploi de cette substance pour conserver les produits végétaux.

Une solution contenant seulement 1 gramme de formaldéhyde pour 200 d'eau suffit et au delà. La chlorophylle, les pigments végétaux ne sont pas modifiés.

Comme preuve de son pouvoir désinfectant, il dit que l'odeur des boucheries, si prononcée pendant l'été, disparaît complètement par des lavages.

Par contre, lorsqu'on veut l'employer pour conserver la viande, elle présente le désavantage de détruire la couleur du pigment sanguin. Elle empêche la putréfaction, mais n'arrête pas la moisissure.

Ce fait que les bactéries sont tuées, mais que les champignons ne subissent aucune atteinte, permet d'admettre qu'on peut l'employer pour obtenir les cultures pures de levure, car, comme on le sait, la grande difficulté est, dans ce cas, de se débarrasser des bactéries.

Les recherches de Schmitt lui ont permis de confirmer le résultat des travaux de Trillat, Berlioz et Aronson, relativement aux propriétés antiseptiques du formol. Il a pratiqué des expériences sur le *Staphylococcus pyogenes aureus*, le streptocoque, le coli-bacille, le bacille d'Eberth et le bacille pyocyanique, et il a constaté que des bouillons contenant du formol dans la proportion de 1 pour 20000 ne se troublaient pas lorsqu'il les ensemençait avec ces bacilles.

Mais Schmitt met en garde les médecins contre les déductions qu'on serait tenté de tirer de ce pouvoir infertilisant du formol, au point de vue de ses applications à l'antisepsie chirurgicale et obstétricale. Dans trois séries d'expériences,

il a observé qu'un contact d'une heure avec une solution à 1 pour 1 000 n'empêche pas le développement microbien ; ce résultat ne peut être atteint qu'après un contact de six heures. Avec une solution à 1 pour 100, on ne parvient pas encore à tuer, au bout de cinq minutes, les espèces bactériennes précitées. Or, à cette dose, le formol est inutilisable pour l'antisepsie des plaies et des muqueuses, à cause de son action irritante et caustique. Malgré le pouvoir infertilisant du formol et malgré son peu de toxicité relative, il jouit d'un pouvoir microbicide trop faible, et ses solutions sont trop caustiques pour qu'on puisse songer à l'employer en chirurgie.

Carlo Ascoli, du laboratoire d'hygiène de Turin (*Giornali della R. Accad. di med. di Torino*, n°s 6, 7 et 8, 1894), donne de ses travaux les conclusions suivantes :

Les solutions de formol ne présenteut aucun avantage sur les désinfectants liquides employés en chirurgie et obstétrique, car elles provoquent la nécrose de la peau et la momifient.

On peut les employer pour la désiufection des matières putrides, car, outre leur valeur désiufectante et antiseptique, elles sont aussi désodorantes.

Les vapeurs de formaldéhyde, qui se dégagent à la température ordinaire, sont utiles pour la désinfection des petits récipients, des vêtements, des livres qui seraient abîmés par les autres substances.

Quant à la désinfection des milieux, ces vapeurs ne peuvent être employées, car leur odeur est trop âcre et trop irritante pour les muqueuses.

Enfin Berlioz (de Grenoble), en continuant ses études sur le formol, a institué des expériences sur les animaux et sur l'homme dans le but d'appliquer cette aldéhyde au traitement de la tuberculose et de la diphtérie.

Les expériences sur les animaux ont échoué.

Les essais faits sur l'homme n'ont pas été davantage couronnés de succès.

Les injections intra-musculaires de formol émulsionné dans l'huile ou la vaseline sont très douloureuses et produisent souvent des abcès. Les pilules de triformol ou trioxyméthylène additionné de substances inertes ou neutralisantes sont mal supportées, troublent l'appétit et causent parfois des vomissements.

Les lavements d'huile additionnée de formol sont également douloureux.

Seules, les inhalations d'air ayant barboté dans une solution de formol se sont montrées efficaces chez les phtisiques; elles diminuent la quantité et la purulence des crachats.

Ces inhalations sont vraiment très actives dans les coryzas, dans les trachéo-bronchites aiguës. La sécrétion nasale est très rapidement tarie ; la toux et l'expectoration cessent en peu d'heures.

Mais c'est dans l'enrouement que Berlioz aurait observé les plus beaux résultats. Sous l'influence d'une inhalation de cinq minutes, la voix reprend sa limpidité et sa clarté.

Ces résultats sont dus à l'action astringente très marquée que possède le formol.

Enfin, dernièrement, Miquel (*Annales de micrographie*, 1894 et 1895), dans un long et laborieux travail, a démontré que le formol en vapeur avait une action extrêmement énergique sur les germes. Ce travail ne faisant que confirmer les résultats des travaux antérieurs, nous n'insisterons pas et nous nous contenterons de donner ses conclusions :

« Les conclusions générales de toutes ces recherches nombreuses sont qu'il y a lieu de distinguer entre les expériences de laboratoire et la désinfection en grand, l'avantage étant aux premières où l'on opère sur des volumes plus restreints.

« On envisagera la question à des points de vue divers, s'arrangeant de façon à retirer de l'antiseptique toute son énergie, de protéger les voisins et les agents qui opèrent contre les émanations nuisibles et d'isoler les objets qui pourraient être détériorés.

« Lorsqu'on emploiera des gaz, on multipliera leurs sources de dégagement et l'on fermera avec soin toutes les issues ; les portes, fenêtres, etc., seront hermétiquement closes.

« Parmi les corps soumis aux expériences, de ceux qui méritent une attention sérieuse il n'y a guère lieu de retenir que le chlore gazeux, l'acide chlorhydrique gazeux, l'aldéhyde formique, l'hypochlorite de soude, le chlorure de benzoyle.

« L'aldéhyde formique et le chlorure de benzoyle gazeux étant très indiqués pour les cas où il faut respecter un mobilier ou des étoffes fragiles, dans la désinfection des locaux industriels, chambres nues, hôpitaux, etc., le chlore, l'acide chlorhydrique gazeux, l'hypochlorite de soude, pourront être employés sans inconvénients. »

De ce long exposé, nous pouvons conclure deux faits :

1° Le formol est un excellent agent microbicide, et cette action est au maximum dans l'action du formol à l'état de vapeur ; 2° le formol a encore été mal étudié au point de vue des applications médicales.

Cette lacune dans son étude est certainement due à ce que, en raison de son odeur vive et surtout de son action irritante sur les plaies et les muqueuses, le formol a été délaissé par les médecins qui lui ont préféré d'autres antiseptiques complètement inoffensifs (1).

Trillat avait, dès le début de ses travaux, signalé l'action

(1) Rappelons ici que, l'an dernier, nous avons publié une étude sur les dérivés iodés et bromés du formol, l'*iodoformoline*, l'*iodéthylfor-*

pénétrante des vapeurs du formol et proposé son emploi à l'état de vapeur pour la désinfection en général, ainsi que pour la conservation des viandes et celle des pièces anatomiques (1). Cette dernière question a été particulièrement étudiée par le docteur Blum, de Francfort, qui reconnut en outre que le formol avait la propriété de fixer les couleurs. Actuellement, la conservation des pièces anatomiques par le formol est très employée en Allemagne.

Enfin, dernièrement, M. Trillat a publié (Académie des sciences, octobre 1894) les résultats qu'il a obtenus en grand par l'emploi d'appareils produisant directement l'aldéhyde formique.

Au point de vue hygiénique, il y avait intérêt à voir si les essais de laboratoire, répétés en grand, pourraient donner d'aussi bons résultats. C'est ce que nous avons voulu vérifier, et les faits que nous avons observés feront l'objet d'un prochain article.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

Contribution à l'étude de l'asaprol dans la thérapeutique infantile (2);

Par le docteur Moncorvo, correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

B. — APPLICATIONS EXTERNES.

Les faits appartenant à ce groupe se rapportent à l'usage de l'asaprol à titre d'antiseptique dans des cas d'affections

mine et la *bromethylformine* (voir *Nouveaux Remèdes*, 1895, p. 169, et 1894, article de Laquer, numéro du 24 janvier). Ces médicaments permettent d'utiliser l'action désinfectante du formol, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur.

(1) Cette méthode fit même l'objet d'un brevet que l'auteur laissa du reste tomber dans le domaine public (brevet n° 216 638, 1891).

(2) Suite. Voir les deux précédents numéros.

cutanées, ou encore dans ceux de maladies diverses des cavités naturelles.

A. *Affections cutanées.* — L'asaprol, sous forme de solution aqueuse dans la proportion de 1 à 5 pour 100, soit mêlé avec de la vaseline seule ou associé à la lanoline, soit encore dissous dans du vernis à la gomme laque, a été largement essayé avec le plus grand profit chez des enfants présentant des ulcérations aux divers points de la surface cutanée, des pustules au cuir chevelu ou des éruptions impétigineuses. Je dois insister, à ce propos, sur un fait presque sans exception observé, à savoir que le médicament, en outre qu'il a été admirablement toléré aux doses employées, n'ayant jamais entraîné aucune irritation locale, son pouvoir antiseptique, hémostatique et cicatrisant a vraiment dépassé presque toujours mon attente.

Observation XXII. *Hérédo-syphilis. Ulcération ombilicale.*— Il s'agit là d'un garçon âgé d'un an et demi, admis dans le service pour être soigné de manifestations d'une intoxication malarienne aiguë, chez lequel on constatait de plus des signes marqués d'une infection syphilitique héréditaire, parmi lesquels il y avait lieu de relever une ulcération siégeant au niveau de l'ombilic, qui remontait au premier mois de l'existence de l'enfant, avec des alternatives d'atténuation et d'aggravation, en donnant presque continuellement lieu à une transsudation séro-purulente fétide. Quelques jours après son admission, au 4 juin 1894, tout en l'ayant soumis à l'usage du sirop de Gibert, j'ai institué un traitement topique sur la surface ulcérée en la recouvrant d'un vernis renfermant 5 pour 100 d'asaprol, ce qui a promptement réussi, la cicatrisation s'étant complètement opérée à la suite de quelques autres applications asaprolées.

Observation XXIII. *Hérédo-syphilis. Gomme ulcérée.* — Il s'agit d'une fillette de deux ans et trois mois, amenée dans mon

service le 14 août 1894. En outre des stigmates les mieux avérés de la vérole congénitale, elle portait, sur la région temporale gauche, une large ulcération au fond jambonné, provenant d'une gomme, donnant lieu à l'exsudation d'un liquide séro-purulent filant et extrêmement fétide. Les badigeonnages avec du vernis asaprolé ont fait promptement tarir cette exsudation et ont amené la cicatrisation de la surface ulcérée dans le court délai de quelques jours. Des onctions d'onguent napolitain commencèrent à être faites alors que l'effet cicatrisant de l'asaprol s'était manifesté déjà sensiblement.

Observation XXIV. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Tuberculose.* — Fille de seize mois, amenée dans mon service le 6 août 1894. Père syphilitique. Enfant extrêmement maigre, aux chairs flasques, à la peau sèche, âpre, exubérante et parsemée de papules miliaires plus nombreuses et confluentes à la région lombo-fessière. Coryza ancien. Nez violacé. Incapable de marcher. Cuir chevelu absolument dégarni de cheveux, mais dont la plus grande partie est recouverte d'une profusion de croûtes imbriquées les unes sur les autres, provenant d'une éruption pustulaire datant de plusieurs mois, dont on aperçoit encore quelques pustules plus récemment formées. Le manque de propreté, le dépôt continu des poussières sur cette surface suppurante avaient imprimé à la tête de cette fillette un aspect bizarre et assez répugnant, dont l'odeur désagréable qui s'en dégageait augmentait encore le dégoût qu'elle inspirait. Enfin, le prurit qu'elle y éprouvait l'agaçait beaucoup et l'empêchait de dormir tranquillement dans la nuit. Cela avait contribué assez à l'accabler, ce qui était d'autant plus fâcheux que l'exploration laissait apercevoir quelques signes physiques dénonçant l'existence d'une tuberculose pulmonaire à marche lente. Ce fut aussi dans le but de la débarrasser le plus tôt possible de sa véritable carapace croûteuse et pustuleuse que j'ai eu recours aux lotions, plusieurs fois répétées dans la journée, avec une solution d'asaprol à 5 pour 100, ce qui a tout à fait répondu à mon attente. Les nou-

velles pustules se desséchèrent, l'odeur fétide disparut entièrement aussitôt après, et, au bout d'une dizaine de jours, le cuir chevelu ne laissait plus apercevoir que de rares croûtelettes prêtes à s'en détacher.

Observation XXV. *Hérédo-syphilis. Eczéma impétigineux.* — Enfant de trois mois, amené à mon service le 2 août. Deuxième enfant ; le plus âgé a eu des manifestations externes de la vérole congénitale. Alopécie. Nez violacé. Coryza. Depuis un mois, apparition d'un eczéma impétigineux ayant envahi entièrement les deux joues et les pommettes. Cette efflorescence siège sur un fond jambonné et provoque une sensation assez vive de cuisson, qui engage l'enfant à se gratter à tout instant en s'y faisant des égratignures.

On badigeonne la surface de la peau envahie avec du vernis renfermant de l'asaprol (10 pour 100). Deux jours plus tard, la coloration jambonnée était plus atténuée, en même temps que l'éruption fléchissait. Bref, le 8 août, il n'en restait que de légers vestiges.

Observation XXVI. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Impétigo.*— Fille de deux ans, présentée dans mon service le 21 août 1894. Efflorescences cutanées depuis deux mois. Otorrhée pendant les premières semaines de la vie. Croûtes au cuir chevelu. Ganglions périphériques tuméfiés. Alopécie fronto-temporale. Coryza marqué. Lobule nasal violacé. Déformations rachitiques. Éruption impétigineuse occupant la face rétro-auriculaire des pavillons, de même que les deux régions temporales mastoïdiennes. Cela remonte à plusieurs mois déjà, en étant le siège d'un prurit exagéré qui engage l'enfant à s'y gratter presque continuellement, en détachant les petites croûtes qui laissent à leur place une surface sanglante et rouge. L'enfant s'éveille très souvent dans la nuit, agacée par cette sensation prurigineuse qui la tourmente, notamment pendant les journées chaudes.

Je lui prescris la liqueur de Van Swieten à l'intérieur et je lui

fais badigeonner la surface occupée par l'éruption ci-dessus avec un vernis renfermant de l'asaprol (à 5 pour 100).

Ce traitement topique a très bien réussi. La couche isolante du vernis une fois desséchée, en protégeant la peau affectée contre le grattage, a de beaucoup aidé l'action continue de l'asaprol. Bref, au bout d'une semaine environ, la réintégration cutanée était à peu près complète. L'enfant était soumise ensuite à l'usage exclusif du traitement hydrargyrique.

Observation XXVII. *Hérédo-syphilis. Impétigo.* — Fille de quatre ans, présentée dans mon service le 18 août 1894. Polyléthalité familiale. Père syphilitique. Alopécie. Otorrhée. Tuméfaction ganglionnaire. Glossite desquamative. Marche vers le dix-huitième mois. Sur la face interne des cuisses, plusieurs zones d'une efflorescence impétigineuse datant des premiers mois, avec des oscillations d'aggravation et d'atténuation, étant d'ailleurs le siège d'un prurit qui devient très pénible, surtout pendant la saison d'été.

Accès fréquents de fièvre palustre. Au cours des derniers jours, la fièvre a reparu, s'accompagnant, de plus, d'une diarrhée séro-muqueuse et fétide, avec tendance à s'aggraver. État saburral. Perte de l'appétit. Rate légèrement gonflée.

Calomel. Badigeonnage sur la face interne des cuisses avec du vernis renfermant de l'asaprol (1 pour 100).

Le 20 août, diarrhée éteinte à la suite de l'emploi du calomel. L'éruption de la cuisse presque entièrement éteinte sous l'influence des badigeonnages répétés du vernis asaprolé.

Le 24 août, plus de trace de l'impétigo. L'enfant reste soumis à l'usage des frictions mercurielles.

B. *Affections nasales.* — Les irrigations des fosses nasales avec une solution d'asaprol à 1 et à 2 pour 100 ont parfaitement réussi dans le traitement des inflammations aiguës ou chroniques de la membrane de Schneider. Cela fut particulièrement remarqué dans des cas de rhinites rattachées

à la vérole congénitale dont la fréquence est considérable dans mon service. Aussitôt après les premières irrigations, la sécrétion catarrhale s'atténue de beaucoup, et il n'est point assez rare de la voir se tarir au bout de peu de jours; aussi la rougeur, la tuméfaction de la muqueuse subissent sous peu une modification favorable. Chez les nourrissons syphilitiques dont l'obstruction des fosses nasales par l'effet de la rhinite spécifique opposent un si grave obstacle à la succion du lait, les irrigations asaprolées m'ont toujours procuré des succès souvent immédiats. Des résultats non moins satisfaisants ont été aussi recueillis dans des cas d'inflammations chroniques de la muqueuse nasale rebelles à d'autres traitements antérieurement tentés. Dans toutes les circonstances, il convient de ne jamais dépasser le dosage de 1 à 2 pour 100, car les solutions trop concentrées de l'asaprol sont susceptibles de provoquer une irritation de la membrane déjà enflammée.

Observation XXVIII. *Hérédo-syphilis. Rhinite.* — Fillette âgée de huit ans, présentant les stigmates les plus avérés de la vérole congénitale, dont on constatait aussi des traces marquées chez ses sœurs et frère, m'a été amenée, le 2 août 1894, pour être soignée des manifestations toujours croissantes d'une rhinite ancienne et rebelle, se traduisant par la tuméfaction et la rougeur considérables de la muqueuse nasale, de même que par une sécrétion muco-purulente extrêmement abondante, laquelle s'y concrétait pour former des croûtes épaisses qui obstruaient notablement les fosses nasales. Les ailes du nez, durcies, sensibles au toucher, avaient leurs contours libres fort épaissis, rougeâtres et bordés de petites croûtes. Il y avait de l'enchifrènement et de la respiration ronflante pendant le sommeil.

Je fus donc tenté d'étudier l'action des irrigations nasales avec une solution d'asaprol à 2 pour 100, en lui prescrivant plus tard de l'iodure de potassium. Or, j'ai été bientôt à même d'en constater l'heureuse suite. La sécrétion se tarit progressivement, la

membrane de Schneider reprit peu à peu ses conditions normales en même temps que la respiration devenait presque tout à fait libre. Le résultat aurait été plus marqué encore si la mère n'eût interrompu prématurément les irrigations nasales, bien qu'elle eût avoué son étonnement devant le succès immédiat du traitement.

C. *Maladies de la bouche et de la gorge.* — J'ai étudié la valeur de l'asaprol dans le traitement du muguet, de la stomatite, de la pharyngite, et aussi contre l'état saburral qui accompagne les maladies infectieuses, notamment la malaria. Dans un cas d'angine diphtérique, le seul observé à la policlinique au cours de mes recherches, j'en ai tenté l'administration, tant par la voie gastrique que topiquement au moyen de badigeonnages; mais bien que cela eût été fait l'avant-veille de la mort, alors que l'intoxication générale était déjà trop avancée, les conditions locales ne manquèrent pourtant pas de subir de la part du médicament essayé une modification assez favorable, qui aurait été fort profitable si l'on avait pu agir ainsi aussitôt après l'apparition du mal. Je relèverai dans ce groupe de faits ceux concernant la coqueluche, contre laquelle j'ai tenté avec le plus grand succès l'asaprol, sous la forme de solution aqueuse à la proportion de 1 pour 100, appliquée à la région périglottique. On sait que, dès 1883, j'ai signalé l'efficacité extraordinaire des badigeonnages faits à l'entrée de l'arbre aérien avec une solution de résorcine dans le traitement de la coqueluche, tout en démontrant en même temps que le germe de cette affection trouve dans le larynx son siège d'élection. Or, ces premiers succès ne tardèrent point à être confirmés par le contrôle d'un grand nombre de cliniciens, tant en Europe qu'en Amérique, et je me crois aujourd'hui autorisé à reconnaître dans ce précieux agent antiseptique l'un des moyens les plus actifs et les plus sûrs pour détruire le micro-organisme de la coqueluche. Sans prétendre m'oc-

cuper ici de la question de la pathogénie de cette affection, je me contenterai de dire que le germe que j'ai décrit en 1883 et en 1885 comme étant la cause du mal, cultivé et inoculé sur des animaux, leur ont communiqué le mal. En 1891, j'ai confié à Moncorvo fils, chargé des travaux bactériologiques dans mon laboratoire, le soin de poursuivre mes recherches, ce qu'il a fait à l'aide de la technique la plus rigoureuse, en étudiant alors le pouvoir bactéricide des différents agents antiseptiques, soit directement sur le germe, soit sur leurs milieux de culture. Or, il ressort de ces recherches, faites du reste avec un certain nombre de substances antiseptiques, que le sublimé, la résorcine, l'acide citrique et enfin le benzo-naphtol, ont été les seuls capables de détruire promptement les germes; ainsi que d'empêcher le développement dans leurs cultures. Les données bactériologiques n'ont fait de la sorte que confirmer les suites heureuses de l'emploi thérapeutique de la résorcine. Dernièrement, en essayant dans la clinique l'usage de l'acide citrique selon la méthode adoptée pour la précédente, nous avons très bien réussi dans un certain nombre de cas. Le benzo-naphtol ne se prêtait pas à cet emploi à cause de son insolubilité aussi bien que de son action quelque peu irritante à la dose réclamée pour le cas. Le dérivé soluble de naphtol β ne pouvait donc manquer d'attirer tout de suite mon attention à ce propos, et bref je me décidai à en étudier l'action dans onze cas de coqueluche, dont l'un appartient à l'observation XIII, et rapidement guéris avant d'atteindre la période convulsive. Les autres faits ont été également autant de succès enregistrés, ce qui confirme le pouvoir signalé plus haut que possède l'asaprol d'empêcher le développement du germe de la coqueluche dans son milieu nutritif.

Observation XXIX. *Muguet.* — Petite fille d'un mois et demi, amenée dans mon service, le 17 juillet 1894, pour être soignée

d'un dépôt de muguet qui, ayant débuté sur la face dorsale de la langue, commençait à envahir la muqueuse pharyngienne, de même que la face interne des joues. L'enfant tétait péniblement et vomissait fréquemment.

J'ordonne des lavages répétés de la cavité bucco-pharyngienne avec une solution d'asaprol à 5 pour 100. Les applications furent régulièrement pratiquées, et au bout d'une semaine, il ne restait plus de traces du muguet.

Observation XXX. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Pharyngo-stomatite.* — Enfant de deux ans, présentée au service le 29 août 1894. A partir de deux jours, déglutition fort douloureuse, sensation de chaleur et brûlure à la gorge, sécheresse de la bouche, soif, anorexie. En même temps que cela, courbature, céphalée, élévation de la chaleur du corps. Muqueuse gingivale turgide, rouge et douloureuse. Langue très chargée. Voile du palais rouge et très œdématié. Les amygdales gonflées et douloureuses au toucher. Enfin la muqueuse pharyngienne d'un rouge intense et tuméfiée. Aussi le tissu adénoïde rétro-pharyngien quelque peu gonflé. Haleine fétide. Toux rauque. Quelques râles ronflants épars dans les deux poumons. Le foie et la rate un peu congestionnés. Je prescris une potion avec 1 gramme de quinine et je fais badigeonner la muqueuse buccale et pharyngienne avec un vernis renfermant de l'asaprol dans la proportion de 5 pour 100.

Le 31 août, œdème du voile du palais très diminué. Déglutition moins pénible. Haleine moins fétide. Amygdales plus dégonflées. Température rectale, 37°,4.

On maintient le même traitement.

Le 3 septembre, la fièvre s'éteignit définitivement. Rate quelque peu gonflée. La muqueuse bucco-pharyngienne ne présente plus de signes d'inflammation ; elle a repris sa coloration normale et n'a plus de trace d'œdème. Haleine absolument inodore. La déglutition sans la moindre peine. Langue parfaitement nette.

On suspend alors les badigeonnages avec le vernis asaprolé et

l'on poursuit le traitement antimalarien pendant quelques jours encore.

Observation XXXI. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Stomatite traumatique.* — Garçon âgé de trois ans, rachitique, avec des signes d'une infection hérédo-syphilitique. On l'amène à cause des conséquences d'une chute qu'il avait faite l'avant-veille en frappant sur le trottoir la partie antérieure de la mâchoire. Il en était résulté une inflammation intense de la muqueuse labiale, ainsi que de la partie antérieure de la gencive, qui était rouge, gonflée, douloureuse, décollée au niveau de son bord libre, et saignant à la moindre pression. Au niveau du sillon labio-gingival, la muqueuse était érosée ; aussi les incisives médianes inférieures étaient ébranlées. Depuis la veille, une fièvre à type rémittent s'était de plus déclarée, la température rectale étant à 38°,9.

On lui prescrit une potion au phénocolle et un collutoire avec de l'asaprol à 2 pour 100.

Trois jours après, la chaleur était normale et la stomatite se trouvait absolument éteinte. Le bord gingival était recollé et ne saignait plus.

Observation XXXII. *Hérédo-syphilis. Tuberculose. Glossite pultacée.* — Firmino, treize mois, vue pour la première fois le 19 juillet 1894. Régime alimentaire extrêmement vicieux depuis le deuxième mois. Troubles digestifs presque continus. Ralentissement marqué de la nutrition générale. Maigreur presque squelettique contrastant avec la grosseur considérable du ventre. Polyadénopathie. Efflorescences cutanées. Coryza. Otorrhée. Toux sèche. Fièvre à type rémittent depuis deux mois. Perte totale de l'appétit. Soif vive. Constipation alternant avec de la diarrhée. Langue recouverte, de la pointe à la base, d'une couche formée par un enduit crémeux, jaunâtre et fort épais, qui datait de plus de deux mois, malgré toutes les tentatives pour le faire disparaître. La langue une fois râclée, l'enduit se reconstitue

promptement. L'haleine est très fétide et la salivation abondante.

Le 20 juillet, j'institue, à côté des autres moyens thérapeutiques tels que le chlorhydrate de phénocolle; la créosote et l'onguent napolitain, des collutoires avec de l'asaprol (à 2 pour 100).

Le 23 juillet, le tiers antérieur de la face dorsale de la langue est dépourvu du dépôt pultacé.

Le 25 juillet, la salivation était de beaucoup amoindrie, la muqueuse linguale étant alors devenue plus nette.

Enfin, le 27 juillet, tout avait disparu de ce côté, la muqueuse linguale était rosée, lisse; il ne restait plus de trace de l'épais enduit, de même que l'haleine avait tout à fait perdu l'odeur fétide du début. La sialorrhée a cessé également, en même temps que l'appétit commença graduellement à renaître.

Observation XXXIII. *Malaria. État saburral.*— Il s'agit, dans ce cas, d'une fillette de quatre ans atteinte de malaria aiguë soignée dans mon service, chez laquelle, malgré le succès du traitement par le bleu de méthylène, on constatait la permanence d'un état saburral fort accusé et très rebelle. Des lavages répétés de la muqueuse buccale avec une solution d'asaprol à 2 pour 100 amenèrent promptement la disparition de la couche épaisse de saburre, la modification de l'haleine et le relèvement de l'appétit.

Observation XXXIV. *Hérédo-syphilis. Malaria.* — Juliette, neuf ans, admise le 24 juillet 1894. Enfant rachitique, avec des stigmates d'hérédo-syphilis. Depuis plusieurs jours, fièvre à type rémittent accompagnée de gonflement marqué du foie, anorexie, et constamment un dépôt saburral fort épais, jaunâtre, occupant toute la face dorsale de la langue. Haleine fétide.

Le 26 juillet, l'état saburral restant encore très prononcé malgré l'abaissement de la chaleur à la normale, j'ai eu recours à des badigeonnages sur la muqueuse buccale avec une solution d'asaprol à 1 pour 100. L'antisepsie ainsi pratiquée a été suivie d'un succès immédiat, car trente-six heures après, la langue se

trouvait absolument dépourvue de tout enduit, l'haleine fétide avait complètement disparu.

Observation XXXV. *Hérédo-syphilis. Malaria. Angine tonsillaire.* — Garçon âgé de quatre ans, portant des stigmates de la vérole congénitale, lequel, admis dans le service pour être soigné d'une fièvre paludéenne, fut atteint, au cours du traitement, d'une pharyngite accompagnée de l'engorgement marqué des amygdales, notamment de celle du côté gauche. La muqueuse était rouge, tuméfiée, et la déglutition assez douloureuse. Ces manifestations n'amenèrent pourtant qu'une très légère élévation de la chaleur.

Les badigeonnages avec une solution d'asaprol à 2 et demi pour 100 en triomphèrent promptement, et au bout de quarante-huit heures, la rougeur et la tuméfaction de la gorge avaient presque complètement disparu, de même que les amygdales s'étaient sensiblement dégonflées. La déglutition était aussi devenue beaucoup moins pénible. Bref, un nouvel examen, pratiqué deux jours après, permit de reconnaître l'extinction du processus inflammatoire, n'en restant plus qu'une légère sclérose amygdalienne préexistante tenant à la syphilis héréditaire.

Observation XXXVI. *Hérédo-syphilis. Coqueluche.* — Fillette âgée à peine de trente-six jours, amenée dans mon service le 26 octobre. Polyléthalité. Facies sénile. Peau parcheminée, couverte d'une éruption papuleuse miliaire. Coryza. Toux quinteuse datant de trois jours, pouvant être aisément éveillée par la compression du cartilage thyroïde. Aucun symptôme de bronchite.

Il y avait plusieurs enfants affectés de coqueluche au voisinage de cette fillette. La toux se montre plus fréquente pendant la nuit et se complique parfois de spasme de la glotte.

J'ordonne de suite des badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le 3 novembre, badigeonnages interrompus depuis les cinq derniers jours; nonobstant les quintes avaient cessé, de même

qu'on ne pouvait plus les provoquer par la compression du cartilage thyroïde.

Observation XXXVII. *Coqueluche.* — Gaston, six mois, présenté dans mon service le 18 septembre 1894. Le second de deux enfants. Mère poitrinaire. Toux quinteuse depuis quinze jours, sans s'accompagner pourtant d'élévation de la chaleur. Quelques râles sibilants épars. Constipation. Calomel. Inhalations de pyridine.

Malgré ces inhalations, la toux n'a fait que devenir de plus en plus fréquente et quinteuse, au point que, le 22 septembre, on n'avait plus de doute sur l'existence de la coqueluche. Les quintes étaient aisément provoquées par la compression du cartilage thyroïde et suivies des reprises caractéristiques. Apyrexie. Quelques râles ronflants et sibilants épars.

Je me décide à essayer les badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 1 pour 100, pratiqués toutes les deux heures dans la journée.

Le 27 septembre, atténuation immédiate des quintes, qui ont cessé définitivement depuis hier. Les badigeonnages périglottiques sont d'ailleurs incapables de les réveiller.

On poursuit cependant le traitement sans aucun changement.

Le 29 septembre, toujours bien. Plus de quintes, l'enfant dort tranquillement la nuit, sans le plus léger mouvement de toux. La titillation, aussi bien que les badigeonnages, ne réveillent point la plus légère quinte.

Même traitement.

Le 6 octobre, je revois l'enfant et je suis à même de constater la guérison définitive de la coqueluche. Je suspend alors le traitement.

Observation XXXVIII. *Malaria. Coqueluche.* — Isabelle, sept mois, née à Rio, admise dans mon service le 12 septembre 1894.

Coqueluche remontant à quinze jours et ayant atteint sa période convulsive. Quintes très violentes au nombre de vingt dans

les vingt-quatre heures et accompagnées de vomissements alimentaires. Elles sont plus fréquentes la nuit et empêchent, par suite, l'enfant d'avoir un sommeil calme et prolongé. Apparition, depuis les derniers jours, d'un mouvement fébrile à marche assez irrégulière. Diarrhée. Engorgement hépatique peu marqué. État saburral. Prostration.

Calomel.

Le 13 septembre, température rectale, 38°,5. Foie encore engorgé.

Potion renfermant 1 gramme d'asaprol. Badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le 15 septembre, température rectale, 37°,3. Foie et rate revenus à leurs dimensions normales. Selles au nombre de deux et d'aspect et consistance physiologiques.

Coqueluche notablement amendée; dix quintes journalières plus faibles et plus espacées.

On maintient sans interruption la potion et les badigeonnages asaprolés.

Le 20 septembre, la chaleur ne remonte plus au-dessus de la normale. Langue nette. L'enfant tette bien. Plus de reprises. La toux est à peine légèrement quinteuse. J'ordonne le même traitement, mais on ne me la ramène plus, ce qui me porte à croire qu'il n'y a pas eu de récidives.

Voici donc un cas où l'asaprol se montre efficace, tant en ce qui regarde le traitement de l'intoxication malarienne que celui de la coqueluche dont il amène la prompte disparition.

Observation XXXIX. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Malaria. Coqueluche.* — Ermelinda, onze mois, née à Rio, présentée le 28 juin 1894. Déformations rachitiques. Alopécie. Efflorescences pustuleuses sur les cuisses et les fesses. Lobule nasal violacé. Coryza permanent et copieux dès les premiers jours de sa naissance. Érythème péri-nasal. Otorrhée double assez abondante

remontant aussi à la première semaine. Ganglions cervicaux tuméfiés. Signes de gastro-ectasie. L'écoulement nasal et auriculaire, dernièrement exagéré, a été la canse principale de la présentation de l'enfant. Je prescris des onctions avec de l'onguent napolitain et des irrigations nasales et auriculaires avec une solution d'asaprol à 2 pour 100.

Le 4 juillet, l'atténuation de l'écoulement en fait prévoir la prompte disparition, qui était, au fait, constatée trois jours plus tard.

Le 26 juillet, manifestations cutanées presque entièrement éteintes. Toux grasse. Fièvre depuis la veille. Rate légèrement engorgée. Température rectale, 38°,4.

Phénocolle, 40 centigrammes.

Le 27 juillet, température rectale, 37 degrés. État saburral.

Phénocolle, 30 centigrammes. Collutoire d'asaprol (2 pour 100) jusqu'au 31 juillet. La chaleur se maintient au chiffre normal, la langue étant d'ailleurs tout à fait dépourvue de son enduit saburral. En la croyant entièrement rétablie, sa mère ne la ramène au service que le 31 août, en me déclarant que son enfant se trouvait assez bien lorsque, vers la nuit du 18 au 19 août, la fièvre s'était rallumée, en même temps que survinrent des vomissements et de l'agitation. Températnre rectale, 39 degrés. État saburral. Lobe gauche du foie engorgé. Rate augmentée dans son diamètre vertical. Selles diarrhéiques. Quelques gros râles disséminés. Je lui prescris cette fois 1 gramme d'asaprol journellement, en potion.

Le 22 août, sommeil beaucoup plus calme. Température rectale, 38 degrés. Plus de selles diarrhéiques. Langue plus nette. Foie et rate dégonflés. Râles plus rares.

On répète la potion asaprolée à la dose journalière de 1 gramme.

Le 23 août, température rectale, 37 degrés. État saburral presque nul. Appétit accru. Peau humide. Sommeil assez tranquille. Selles physiologiques. Toujours la potion d'asaprol.

Le 24 août, température rectale, 36°,8. Langue nette. Meil-

leur appétit. Enfant plus gaie et plus alerte. Toux quinteuse avec les allures de la coqueluche à son début. Le coryza, de même que l'otorrhée, commencent à reparaître. J'ordonne de nouvelles irrigations avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le 28 août, la coqueluche se révèle assez clairement, quoiqu'elle n'ait pas encore atteint la période convulsive. Des badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 1 pour 100 commencent à être pratiqués ce même jour toutes les deux heures.

Le 3 septembre, c'est-à-dire une semaine après l'institution du traitement topique, la coqueluche avait été enrayée avant qu'elle eût dépassé sa première période.

L'écoulement nasal et auriculaire s'était aussi arrêté, en même temps que l'enfant restait continuellement apyrétique.

On a vu dans cette observation l'asaprol essayé dans des buts différents, tant comme antimalarien par la voie gastrique, que pour combattre la coqueluche au moyen de badigeonnages périglottiques, ou encore sous la forme de collutoires et d'irrigations auriculaires et nasales, le résultat en ayant été excellent.

Observation XL. *Malaria. Coqueluche. Adénopathie trachéo-bronchique.* — Alfred, quinze mois, admis dans mon service le 12 septembre 1894, à cause d'une fièvre palustre datant de quelques jours et compliquée d'une diarrhée dysentériforme qui le tourmentait beaucoup. A côté de la quinine par la voie gastrique, je me suis adressé avec le plus grand profit à l'emploi de l'asaprol sous la forme de lavages intestinaux (solution à 1 pour 100). Le 15 octobre suivant, la fièvre avait cessé et les fonctions digestives s'étaient régularisées. A partir de ce jour, on constata la présence de quelques râles ronflants épars, en même temps que l'enfant avait commencé à tousser dès la veille. Bref, le 22 octobre, la toux avait pris les caractères classiques de la coqueluche; elle apparaissait par quintes, au nombre de

vingt par jour, suivies de reprises, et s'accompagnant souvent de vomissements alimentaires.

Je lui prescrivis des badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 5 pour 100.

Le 26 octobre, quintes fort amendées, non plus suivies de reprises ; au cours de la nuit dernière, à peine cinq quintes.

Le 28 octobre, l'enfant continue toujours d'être apyrétique, dort mieux et mange d'un assez bon appétit. Quintes au nombre de cinq, très courtes et pas plus sibilantes. Les badigeonnages périglottiques n'éveillent plus la toux. Ils ont été pratiqués journellement avec une certaine régularité toutes les deux heures.

Le 5 novembre, la coqueluche se trouvait éteinte.

Ce garçon a été pris, le 9 novembre, d'une crise asthmatoïde accompagnée de chaleur fébrile, qui réclama un traitement approprié.

Observation XLI. *Malaria. Coqueluche.* — Marie, un an et demi, présentée le 11 octobre 1894. Coqueluche datant de quinze jours et en pleine période convulsive. Vingt quintes très intenses dans les vingt-quatre heures, provoquant presque souvent des vomissements. Aucun signe appréciable de bronchite. Depuis quelques jours, accès de fièvre à type irrégulier. État saburral. Inappétence. Selles pâteuses. Insomnie.

Badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 1 pour 100. Potion quinique.

Le 13 octobre, coqueluche sensiblement amendée, les quintes ayant d'ailleurs perdu de beaucoup leur caractère sibilant. Fièvre moins accusée, avec des intermittences marquées.

On insiste sur le même traitement.

Le 20 octobre, fièvre éteinte. Langue nette. Appétit recouvré. Malgré l'interruption des badigeonnages au cours des deux derniers jours, les quintes, assez faibles déjà et non plus suivies de reprises, n'excèdent pas cinq dans les vingt-quatre heures.

Le 23 octobre, la coqueluche pouvait être dite éteinte. Les

badigeonnages asaprolés, pratiqués jusqu'alors sans la moindre interruption, furent poursuivis pendant quelques jours encore.

Observation XLII. *Coqueluche.* — Rubens, deux ans et quatre mois, amené dans mon service le 7 décembre 1894. Coqueluche reconnue quatre jours auparavant, alors que la toux, à peine légèrement quinteuse pendant près d'une semaine, était suivie de reprises caractéristiques. Aussi la fréquence et l'intensité des quintes s'étaient progressivement accrues, à ce point qu'elles se répétaient souvent plus d'une fois à chaque heure, en amenant presque toujours des vomissements. Commencement de formation de plaques diphtéroïdes. Quelques râles ronflants disséminés. Toujours apyrétique. Vers la soirée du jour de son admission, on a inauguré le traitement par les badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le jour même où je termine ce travail, c'est-à-dire une semaine après le début du traitement, je constate la disparition de la coqueluche. L'enfant a, deux ou trois fois par vingt-quatre heures, un léger mouvement de toux qui n'en a plus les caractères.

Observation XLIII. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Coqueluche.* —Amelia, trois ans, vue pour la première fois le 22 octobre 1894. Sa mère vient me la présenter pour la débarrasser d'une coqueluche qui durait depuis plus de quatre semaines, se traduisant par des quintes d'une assez grande intensité, au nombre de près de dix par jour, encore suivies d'inspirations sibilantes et provoquant des vomissements alimentaires. Plaque diphtéroïde peu marquée. Enfant chétive, rachitique, portant des stigmates de l'hérédo-syphilis ainsi que des signes d'une adénopathie bronchique.

J'institue sans retard le traitement topique de la coqueluche par les badigeonnages avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le 24 octobre, amélioration imprévue. Pas une seule quinte la nuit dernière. On poursuit les badigeonnages asaprolés.

Le 26 octobre, la coqueluche peut être dite éteinte. L'enfant a

de très rares mouvements de toux, mais celle-ci est fort légère et pas plus quinteuse.

J'insiste pourtant encore sur l'emploi de l'asaprol.

Le 5 novembre, plus de trace de la coqueluche. Ni la compression du cartilage thyroïde, ni la titillation de l'épiglotte ne provoquent le moindre mouvement de toux.

Je revois encore l'enfant le 9 novembre, et je peux constater la persistance de la guérison de la coqueluche.

(*A suivre.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique médicale.

Nouvelle contribution à l'action thérapeutique du chlorhydrate de phénocolle. — Sur l'action analgésique du bicarbonate de soude dans les affections digestives. — Traitement des crises gastriques et dyspepsie chronique des diabétiques. — Comment on doit prescrire l'acide chlorhydrique dans les maladies de l'estomac. — Hydrothérapie contre la sciatique.

Nouvelle contribution à l'action thérapeutique du chlorhydrate de phénocolle (H. Kacharzewski, *Nouveaux Remèdes*, 1895). — 1° Donné à la dose de 50 à 60 centigrammes toutes les deux heures, le chlorhydrate de phénocolle agit comme un bon antipyrétique; 2° la dose de 40 à 50 centigrammes fait assez souvent cesser les névralgies; parfois elle ne fait qu'en diminuer l'intensité; 3° à la dose de 50 centigrammes répétée plusieurs fois par jour, il provoqua une amélioration notable dans trois cas de rhumatisme chronique; 4° les doses injectées doivent être de beaucoup inférieures à celles prescrites à l'intérieur (dose maxima quotidienne par ingestion : 3 grammes); 5° l'urine peut parfois prendre une coloration sombre, mais pas d'albuminurie, pas de phénomènes fâcheux secondaires du côté d'aucun organe.

Sur l'action analgésique du bicarbonate de soude dans les affections digestives (G. Linossier, de Lyon, *Bulletin mé-*

dical, 24 mars 1895, n° 24). — Pour l'auteur, le bicarbonate de soude à haute dose calme en général la plupart des malaises qui coïncident avec la fin de la digestion stomacale, quel que soit le trouble clinique de la sécrétion, lorsque les malades présentent tous les trois caractères suivants :

1° Douleurs survenant vers la fin de la période digestive ;

2° Diminution plus ou moins marquée de la sécrétion chlorhydrique ;

3° Sédation des douleurs par le bicarbonate de soude à haute dose administré au moment des malaises.

On administrera le bicarbonate de soude un moment avant l'heure habituelle des malaises.

La dose variera de 50 centigrammes à 2 grammes ; elle pourra être renouvelée si l'action sédative n'est que momentanée. On l'administrera avec avantage dans une infusion très chaude, l'action excito-motrice de l'eau chaude accentuera l'effet du sel alcalin.

Traitement des crises gastriques et dyspepsie chronique des diabétiques (Grube, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 2 mars 1895). — On a comparé ces accidents du diabète aux crises gastriques des tabétiques.

Ce sont des troubles digestifs qu'on peut catégoriser en deux variétés cliniques.

Les *crises gastriques* des diabétiques ont les allures d'une crise gastrique de tabétique. Début brusque, violente douleur épigastrique, tympanisme abdominal et éructations dues à des contractions vives de l'estomac, appréciables parfois à l'inspection. Puis, nausées, vomissements acides, diarrhée, crampes dans les extrémités inférieures, et état saburral des premières voies.

L'examen de l'urine révèle du sucre et de l'urée, et l'haleine du malade a l'odeur de chloroforme.

Le pronostic de ces crises est grave ; elles annoncent une échéance fatale prochaine.

La *dyspepsie chronique* des diabétiques est passagère et périodique. Elle a pour caractère la diminution de l'appétit, le dégoût de la viande, le retard de la digestion, la constipation. Chacune de ces formes motive une intervention thérapeutique différente.

Contre les *crises gastriques diabétiques*, Grube conseille d'urgence un lavement huileux laxatif et des applications de cataplasmes chauds sur l'abdomen. Point de remèdes à l'intérieur; ils seraient rejetés par les vomissements. Après la disparition des douleurs, bouillon léger, grogs. Puis l'estomac redevient tolérant; régime modérément antidiabétique, diminution des viandes, prévenir la constipation.

Contre la *dyspepsie chronique des diabétiques*, Grube prescrit l'extrait alcoolique de pancréas de bœuf. La glande tout entière est hachée; elle doit être bien fraîche. Après macération dans 500 grammes d'alcool à froid, au besoin par immersion dans un bain d'eau glacée pendant quarante-huit heures, on filtre et l'on administre quotidiennement un verre à liqueur de cet extrait après chaque repas.

Cette médication est sans influence sur la glycosurie; elle fait disparaître les troubles dyspeptiques et prévient la constipation. Ce sont ses seuls mérites.

Elle doit être discontinuée quand les troubles digestifs ont disparu; mais il faut y revenir dès qu'ils reparaissent.

Comment on doit prescrire l'acide chlorhydrique dans les maladies de l'estomac (H. Huchard, *Revue générale de clinique et de pharmacie*, 16 février 1895). — L'acide chlorhydrique agit comme *eupeptique* et *antiseptique*. Il est naturellement indiqué dans tous les cas où il y a *ana* ou *hypochlorhydrie*, c'est-à-dire dans les gastrites chroniques, cancer de l'estomac, pyrexies diverses, tuberculose, affections cardiaques à répercussion gastrique, souvent dans la chlorose et l'anémie, dans la neurasthénie. Mais le diagnostic doit être bien fait, pour éviter l'addition d'acide chez les hyperchlorhydriques.

La meilleure forme d'administration consiste à administrer soit :

1°	Eau distillée..................	500 grammes.
	Acide chlorhydrique............	2 —

Un verre à bordeaux vers la fin et une demi-heure après le repas.

Ou bien :

2°	Eau distillée..................	300 grammes.
	Acide chlorhydrique............	3 —

Une cuillerée à soupe dans un demi-verre d'eau tiède ou froide, à la fin du repas.

Inutile de prolonger la médication plus de trois semaines ; elle peut être reprise après quinze jours de repos.

Administré ainsi après le repas, au milieu de la masse alimentaire, l'acide chlorhydrique agit comme *eupeptique;* il active la digestion stomacale et la rend possible chez les hypochlorhydriques qui, sans cela, voient supprimer la digestion par la pepsine (possible seulement en présence d'acides), et chez lesquels la digestion intestinale vient suppléer l'estomac en faisant seule tout le travail, au grand préjudice de l'organisme.

Comme *antiseptique*, l'acide chlorhydrique rend des services trop peu connus, car il est par excellence l'antifermentescible de l'estomac. Mais alors il doit être administré longtemps après le repas, dans la période de vacuité. Il est indiqué ainsi dans les gastrites caractérisées par des fermentations anormales.

Souvent, dans un cas, il y a avantage à combiner les deux méthodes, c'est-à-dire à l'administrer d'abord au moment du repas, puis quelques heures après.

Chez les fébricitants, il y a grande utilité à administrer l'acide chlorhydrique à assez haute dose (trois ou quatre fois par jour, un demi-verre ou un verre d'une solution au quatre-millième) pour faciliter la digestion des faibles quantités d'aliments ingérés et aussi pour rendre régulière et rapide l'absorption des médicaments.

Hydrothérapie contre la sciatique. — B. Buxbaum (*Blätter f. Klin. Hydrotherapie*, 1894, n° 4) a soumis 36 cas de sciatique à l'hydrothérapie proposée par Winternitz et Pospischil. Voici sa manière d'agir : on commence par une douche froide générale de courte durée, pour faire agir ensuite, pendant une minute environ, la vapeur chauffée jusqu'à 40 degrés centigrades environ sur l'extrémité malade, après quoi on applique sur le membre une douche froide en jet brisé. La vapeur chaude et la douche froide en jet brisé alternent de la sorte pendant cinq à six minutes. Après ce laps de temps, le malade prend un bain froid de courte durée et on l'essuie rapidement.

Sur les 36 cas de sciatique traités par l'hydrothérapie, 32 guérirent. Les 4 cas restants étaient d'origine tuberculeuse ; le traitement fut abandonné dès la première application de la douche. En règle générale, le succès ou l'échec de la première application serait de grande importance pour le succès du traitement ultérieur. L'amélioration survient-elle dès la première séance (ce qui arrive dans la plupart des cas), on peut alors être certain que l'on a affaire à un cas curable. La première application de la douche reste-t-elle sans résultat aucun et, à plus forte raison, si elle provoque une aggravation, il s'agit alors d'une sciatique symptomatique d'une affection incurable, et l'on fera alors bien de laisser tout à fait de côté le traitement par la douche. (*Therapie der Gegenwart*, mars 1895, p. 168.)

Thérapeutique chirurgicale.

Trente cas de rein mobile traités chirurgicalement. — Cas dans lequel les symptômes prodromiques d'une occlusion intestinale aiguë ont disparu après l'enlèvement d'un corps étranger de l'anus. — Trente cas d'opération d'Alexandre pour rétroflexion et rétroversion de l'utérus. — Nouvelle contribution au traitement de l'hypertrophie prostatique par la castration. — Sur la splénopexie.

Trente cas de rein mobile traités chirurgicalement. — W. Bruce Clarke (communication à la Société médicale de Londres,

séance du 11 mars 1895 ; *British medical Journal*, 16 mars 1895, p 575-578) divise les déplacements du rein en aigus et chroniques.

Dans le cas de rein mobile aigu, « dislocation rénale aiguë », le symptôme le plus saillant, c'est la douleur. Elle survient subitement, sans cause occasionnelle aucune, soit après un effort ou un coup à la région lombaire. C'est une douleur parfois très intense, et c'est pour son soulagement que les malades réclament l'intervention du chirurgien. De temps en temps, il survient des vomissements et le ventre finit par devenir sensible au toucher. La douleur survient par accès qui durent de quelques heures à un ou deux jours. Parfois elle est moins accusée; les malades se plaignent alors d'une sensation de courbature aux lombes s'aggravant à la suite d'un travail dur ou des exercices de n'importe quelle nature. Chez les femmes, la douleur s'accuse invariablement pendant les règles. Dans l'intervalle des accès, même en l'absence de toute sensation douloureuse, le rein est sensible au toucher. La douleur est-elle très intense, on constate alors de l'oligurie et l'urine est sanguinolente. Dans les cas moins graves, elle est à peu près normale.

Il est difficile, sinon impossible, de tirer une ligne de démarcation nette entre les cas aigus et chroniques, tant sont nombreux les cas de passage entre ceux-là et ceux-ci. En effet, même dans les cas où la douleur semble faire complètement défaut, on peut la retrouver dans les commémoratifs. Aussi l'auteur range-t-il sous ce chef tous les 21 cas de rein mobile non compliqués de dilatation notable du bassinet.

C'est à la néphrorrhaphie que l'auteur a eu recours dans la majorité des cas (27). Les résultats étaient excellents dans 15 cas : disparition complète des douleurs et de tous les autres symptômes morbides. La guérison s'est maintenue longtemps après l'opération (jusqu'à quatre ans dans 1 cas). Dans 8 autres cas, il ne survint que de l'amélioration plus ou moins accusée. Enfin, dans 4 autres cas, l'auteur fut obligé de pratiquer une néphrectomie

secondaire. Dans les 3 cas restants, la néphrectomie fut jugée indispensable dès le commencement.

Il faut remarquer immédiatement qu'il est tout à fait impossible de prévoir si le rein mobile est pourvu ou non de mésonéphron, en d'autres termes si l'on aura besoin ou non d'ouvrir le péritoine pendant l'opération. Il va sans dire que le pronostic s'aggrave toutes les fois qu'il y a le péritoine interposé. Sur deux cas opérés de la sorte, un guérit complètement par la néphrorrhaphie, tandis que dans l'autre on fut obligé de pratiquer une néphrectomie secondaire.

De toutes ses observations, l'auteur conclut que plus l'opération est précoce, et plus on a de chances de voir disparaître complètement les douleurs et de prévenir les dégénérescences destructives du parenchyme rénal qui mettent en danger les jours du malade. Le bassinet est-il considérablement dilaté, la substance sécrétoire du rein a-t-elle subi des processus dégénératifs, l'uretère est-il par trop élongué de manière à former des coudures, il vaut mieux se décider séance tenante à la néphrectomie, pourvu que l'autre rein fonctionne encore dans des conditions satisfaisantes.

Cas dans lequel les symptômes prodromiques d'une occlusion intestinale aiguë ont disparu après l'enlèvement d'un corps étranger de l'anus. — J. Grundzach (*Wien. med. Pr.*, 1895, nº 10, p. 365 et 366) rapporte l'histoire d'un homme de trente ans chez lequel, après un souper copieux, sont survenus des douleurs intenses dans toute l'étendue de l'abdomen, du ténesme, de la constipation, la suppression complète des gaz et de l'inappétence. Cet état persista pendant vingt-quatre heures, malgré l'administration du calomel et de l'huile de ricin. L'auteur diagnostiqua une occlusion intestinale au début, et ayant appris du malade qu'au souper il avait avalé un os de poisson, il introduisit son doigt dans l'anus et, à 8 centimètres de hauteur de l'orifice externe, dans l'ampoule rectale, il rencontra cet os appuyé par ses deux bouts sur les parois rectales. Après quelques

essais infructueux, il réussit à mobiliser l'os retenu en place par l'intestin contracturé sur lui et à le faire sortir par l'anus. Tous les symptômes morbides disparurent comme par enchantement.

L'auteur s'appuie sur cette observation personnelle et sur un autre cas observé par lui en commun avec un collègue, pour recommander vivement de ne pas négliger le toucher rectal qui peut fournir, dans un grand nombre de cas, des données précieuses et éclairer d'un jour inattendu le diagnostic hésitant. Le toucher rectal, il est vrai, est désagréable et pour le médecin et pour le patient; d'où leur répugnance pour ce mode de recherche. Mais il ne faut pas s'y arrêter et ne pas perdre de vue que, dans un grand nombre de cas très difficiles, cet examen nous fait, pour ainsi dire, toucher du doigt le diagnostic recherché, tels que, par exemple, nodules hémorroïdaux, polypes, cancers, incarcérations, prolapsus rectal, masses fécaloïdes, corps étrangers, etc. Aussi faut-il pratiquer le toucher rectal toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un malade qui éveille le soupçon d'une affection de cette nature. Surtout il ne faut pas oublier que des corps étrangers peuvent parfaitement traverser, sans incident aucun, l'estomac et l'intestin et ne s'arrêter que dans l'ampoule rectale; ils font alors éclater des phénomènes d'une occlusion intestinale plus ou moins aiguë, qui ne peuvent être conjurés que par l'enlèvement du corps étranger par l'anus.

Trente cas d'opération d'Alexandre pour rétroflexion et rétroversion de l'utérus. — O. Kuestner (*Centralbl. f. Gyn.*, 1895, n° 7) s'est assuré, dans 30 cas de rétroversion et rétroflexion de l'utérus, des résultats excellents donnés par l'opération d'Alexandre qu'il considérait autrefois d'un œil un peu sceptique. Pour que l'opération réussisse, il faut de toute nécessité que la rétroflexion soit absolument mobilisable dans toutes les directions.

Voici son procédé opératoire :

Après avoir remis préalablement l'utérus dans sa position nor-

male, on pratique à gauche une incision longue de 6 à 8 centimètres dans la direction du ligament de Poupart ou un peu au-dessus ; le point de départ de cette incision est la tubérosité du pubis. Dès que le *fascia superficialis* est complètement mis à nu, on reconnaît l'anneau inguinal externe aux pelotons de graisse qui en ressortissent ; on fend alors, à coups de ciseaux, tout l'anneau inguinal. Son contenu est saisi par une pince à griffes de *Kœberlé* et l'on passe à l'isolement du ligament rond. L'isolement de ce ligament large d'un demi à trois quarts de centimètre est-il accompli, on l'amène au dehors par traction digitale jusqu'à apparition nette du *processus vaginalis* du péritoine ; c'est ce processus que traverse la première suture fixative au catgut, qui comprend en même temps le *fascia superficialis*. Ordinairement, la deuxième suture passe, elle aussi, à travers le cône du prolongement péritonéal, les deux ou trois sutures restantes traversant la partie libre du ligament qu'ils unissent au fascia et aux parties molles jusqu'à l'angle externe de l'incision cutanée. Amputation de la portion non suturée du ligament rond. Fermeture de la plaie par des sutures étagées. Craint-on de laisser trop d'espace entre les sutures? On pratiquera alors une suture compressive, c'est-à-dire on recoudra ensemble, au-dessus de la ligne de suture, deux replis cutanés parallèles à cette suture. Cette suture compressive rend tout à fait superflu tout drainage et garantit, d'une manière presque absolue, la réunion profonde par première intention. La même opération sera alors faite du côté opposé. Pansement, pas de pessaire, repos au lit pendant huit à dix jours ; les malades quittent souvent l'hôpital guéries, dès le quatorzième jour après l'opération.

L'auteur a réussi, dans tous les cas, à conserver l'utérus en antéversion et en antéflexion excellentes, que la vessie soit vide ou remplie. La position obtenue par ce procédé se rapproche plus de la normale que celle fournie par n'importe quel autre procédé de fixation vaginale ou ventrale. (*Wien med. Pr.*, 1895, nº 9, p. 333.)

Nouvelle contribution au traitement de l'hypertrophie prostatique par la castration. — R. Lütkens (*Deutch med. Wochenschrift*, 1895, n° 5) rapporte l'histoire d'un vieillard de soixante-cinq ans, atteint, depuis plusieurs années, de troubles urinaires aggravés encore à la suite du cathétérisme. Le toucher rectal permit de constater la présence d'une tumeur de la prostate de la grosseur d'un œuf de poule. Le malade étant dans l'impossibilité absolue d'uriner spontanément et le cathétérisme présentant des difficultés, l'auteur s'est décidé à pratiquer la castration. Peu de temps après l'enlèvement des deux testicules, le patient fut déjà à même d'uriner spontanément; le dixième jour, il pouvait déjà se passer complètement du cathéter, et après quelques semaines, le jet d'urine était vigoureux, sa santé était rétablie.

Quant à la tumeur de la prostate, pendant les premiers jours après l'opération, elle demeura sans changement aucun; mais déjà le dixième jour, la moitié gauche de la tumeur commença à diminuer notablement pour finir à être à peine perceptible après deux semaines, tandis que la moitié droite atteignait encore la grosseur d'une noisette. Le toucher rectal, pratiqué cinq mois après l'opération, permit de constater la disparition complète de l'hypertrophie; tout rentra dans l'ordre et les rapports entre la prostate et les autres organes étaient devenus tels qu'on les rencontre chez les jeunes hommes.

Aussi l'auteur est-il d'avis de traiter dans l'avenir par la castration tous les cas d'hypertrophie prostatique un peu accusée d'autant plus que ce procédé opératoire ne présente aucun danger et est préférable à tous les autres modes de traitement proposés, même au cathétérisme. (*Wien. med. Pr.*, 1895, n° 8, p. 300 et 301.)

Sur la splénopexie. — Rydigier (*Pszeglad lekarski*, 1895, n° 3) propose de ne pas extirper la rate mobile, mais de la suturer au péritoine, ainsi qu'il l'a fait dans un cas dont la descrip-

tion détaillée sera donnée ultérieurement. Incision sur la ligne blanche; on remet alors la rate dans sa position normale pour trouver l'endroit précis où elle sera fixée. Après avoir écarté la rate, on fait des entailles sur le péritoine recouvrant les onzième, dixième et neuvième côtes, et l'on forme à leurs dépens, à l'aide du manche du scalpel, une poche dans laquelle on enfoncera la rate en suturant le ligament gastro-splénique au bord de cette poche. On peut même faire passer quelques sutures à travers le parenchyme splénique; de même aussi, pour obtenir une union plus intime de la rate avec la poche péritonéale, on peut irriter un peu la capsule de la rate. (*Wien. med. Pr.*, 1895, n° 9, p. 334.)

Conférences de gynécologie.

Le docteur Auvard commencera à sa clinique, 15, rue Malebranche, le mardi 23 avril, à 2 heures, une nouvelle série d'entretiens cliniques sur la gynécologie, et les continuera les samedis et mardis à la même heure (cours gratuits).

L'ouverture du deuxième concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, qui avait été fixée au vendredi 26 avril, à midi, est reculée au lundi 20 mai, à la même heure.

Par suite, la clôture du registre d'inscription des candidats, qui devait avoir lieu le lundi 8 avril, est prorogée jusqu'au lundi 29 avril.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.



THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement des corps étrangers de l'oreille ;

Par le docteur A. Courtade, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les interventions qu'un praticien non spécialiste peut être appelé à chaque instant à faire, il faut mentionner les corps étrangers du conduit auditif. Nous avons été trop souvent témoin des accidents causés par la présence de ces corps étrangers dans l'oreille, et aussi, il faut le dire, par les tentatives infructueuses pour les extraire, que nous croyons utile de présenter la question dans son ensemble, bien qu'elle soit traitée sommairement dans les classiques.

Si les aphorismes n'étaient passés de mode, nous en formulerions plusieurs ; nous prendrons la liberté de les transformer en règles :

1° Il est absolument nécessaire *de faire le diagnostic du siège, de la nature et du volume* du corps étranger, avant de chercher à l'extraire ;

2° Les instruments employés à l'extraction *doivent toujours être introduits sous le contrôle de la vue*, et leur extrémité profonde ne doit pas échapper à l'œil de l'opérateur ;

3° Les moyens d'extraction *doivent être appropriés à la nature et au volume* du corps étranger.

I. Il serait presque puéril de montrer la nécessité de déterminer le siège, la nature et le volume du corps étranger, avant de tenter l'extraction ; cependant cette règle est bien souvent oubliée, et les conséquences de cette infraction peuvent être graves.

Il est souvent difficile de déterminer exactement, par les commémoratifs, la nature de l'objet ; mais un moyen est à notre portée de combler cette lacune : c'est l'emploi du stylet

boutonné. Si l'on constate que le conduit est obstrué en un point et que le tympan est invisible, il faut porter le stylet très délicatement jusqu'à l'obstacle, l'appuyer contre celui-ci, ou lui donner quelques petits coups très légers, de façon à apprendre s'il appartient à la catégorie des corps mous ou durs.

Par l'inspection directe, on constate si le corps étranger est au niveau de l'isthme du conduit, ou s'il touche le tympan ; les manœuvres ultérieures doivent être réglées d'après la situation. Pour démontrer l'importance capitale du diagnostic, nous rappellerons le fait suivant : un homme de quarante ans environ se plaignait de douleurs assez vives dans l'oreille droite dont le tympan était vivement injecté ; à l'examen, nous constatons, un peu en arrière du manche du marteau, la présence d'un corps étranger très petit, de consistance dure ; après extraction, on reconnaissait un fragment de verre qui s'était incrusté dans la membrane du tympan. Dans un autre cas, il s'agissait d'un filament de graminée qui, appliqué contre le tympan, le divisait en deux sous forme d'une ligne un peu sombre ; avec le stylet, je déplaçai le filament qui fut extrait avec la pince. Meniere cite une observation où un coquillage, appliqué contre le tympan dont il avait la couleur, fut méconnu par plusieurs médecins ; l'usage du stylet aurait permis de faire le diagnostic, car le contact du tympan donne une sensation tout à fait différente de celle d'un corps dur comme celui-ci.

II. Dans beaucoup de cas, le corps étranger est peu profond au début et peut être facilement aperçu à la lumière du jour et sans spéculum ; on essaye alors de l'extraire avec le premier instrument venu ; si la tentative échoue, elle a pour résultat de l'enfoncer davantage et de le faire perdre de vue.

Il serait, dès lors, prudent de cesser toute manœuvre ; quelques-uns, stimulés par l'insuccès, pourchassent encore

le fugitif et introduisent daus le conduit des instruments pour ressaisir l'objet qui se dérobe, et cela sans savoir où ils vont, à quelle profondeur ils se trouvent.

Nous ne saurions trop condamner une pareille pratique, qui expose le malade à une contusion des parois du conduit ou à des déchirures du tympan, avec otite moyenne suppurée consécutive; dans certains cas mêmes, le corps étranger a été poussé, à travers la déchirure du tympan, jusque dans la cavité de l'oreille moyenne.

Aussi, toutes les fois que l'objet est trop profond pour être vu directement, il faut s'armer du miroir frontal et placer un spéculum dans l'oreille ; les instruments, ainsi guidés par la vue, seront portés directement sur le corps étranger, et l'on ne s'exposera pas à produire des dégâts inutiles.

Quand nous disons que l'extrémité de l'instrument ne doit pas être perdue de vue, cela ne s'entend que d'une façon générale et pour les petits corps étrangers qui ne remplissent pas le conduit ; pour ceux, comme les pois, par exemple, qui obturent complètement la lumière du caual, il est souvent indispensable que le levier passe derrière pour les pousser de dedans en dehors; mais, en considérant le siège du corps étranger et la longueur du conduit, on peut savoir approximativement de combien de millimètres on peut pousser l'instrument, sans courir les risques de léser le tympan.

III. Il est évident que les moyens d'extraction doivent être appropriés à chaque cas ; dans certains cas, les injections échoueront là où la curette, la pince, réussiront d'emblée.

Chez un enfant de cinq ou six ans, nous avons extrait un crayon de pastel qui avait séjourné pendant plusieurs mois dans l'oreille ; nous avons essayé, par acquit de conscience, les injections d'eau, qui ont échoué, alors que la curette a ramené facilement un corps pâteux, accolé à la paroi du conduit; dans les deux observations rapportées plus haut,

les injections auraient été absolument impuissantes pour expulser ce fragment de verre incrusté dans le tympan et cette glumelle de graminée.

Pour faciliter la compréhension du traitement des corps étrangers du conduit auditif, nous allons tenter une classification qui, nous le reconnaissons, est loin d'être irréprochable, mais qui embrasse le plus grand nombre des cas où l'on peut être appelé à intervenir.

- A. Corps animés : insectes ailés ou non, vers, larves.
- B. Corps inanimés.
  - *a.* Corps pâteux : couleurs molles.
  - *b.* Corps demi-durs se gonflant par l'eau....... Liège, pois, haricots secs, graines sèches en général, etc.
  - *c.* Corps durs.
    - Allongés.
      - Petits : éclats de bois minces, crins, etc.
      - Gros : petits crayons de bois, d'ardoise, grains de blé, etc.
    - Arrondis.
      - Petits : perles de verre, petits boutons et petits cailloux, etc.
      - Gros : cailloux, noyaux de cerise, etc.

Nous devons faire remarquer que cette division est schématique et qu'un seul mode opératoire n'est pas exclusivement propre à chaque cas; cependant certains moyens conviennent mieux à telle classe qu'à telle autre.

A. Les sensations extrêmement désagréables que provoque la pénétration d'un animal vivant dans l'oreille obligent, avant toute chose, à tuer celui-ci. On atteint facilement ce but en versant dans l'oreille un liquide quelconque : eau tiède, eau-de-vie, huile d'olive, tous liquides que l'on a toujours sous la main et qui sont inoffensifs ; le cadavre de l'animal est alors facilement extrait soit avec des injections d'eau tiède, soit avec des pinces.

On cite quelques observations de larves ou vers dans l'oreille ; dans tous ces cas, il s'agissait d'individus atteints

de suppuration chronique et qui ne se soignaient pas ; nous avons tenu à les signaler, bien que ces cas soient très rares (observations de Fargeon, Gruber, Baxter, d'Aguano).

B. *a*. Si les renseignements fournis par le malade (un enfant le plus souvent) ou les parents et l'examen permettent d'établir qu'il s'agit d'un corps pâteux, comme des couleurs molles, on peut essayer les injections, si l'accident est tout récent, puis recourir à la curette si l'expulsion ne peut être obtenue avec le courant d'eau tiède.

b. La classe des corps demi-durs compreud ceux dans lesquels un stylet pointu peut s'implanter ; en général, ils se gonflent sous l'influence de l'imbibition par l'eau.

Deux cas peuvent se présenter : ou le corps étranger n'occupe qu'une place restreinte dans le conduit, ou il le remplit complètement. Dans la première éventualité, on peut recourir sans crainte aux injections d'eau tiède, qui parviendront presque toujours à l'expulser ; dans le cas contraire, se servir d'un stylet coudé pointu que l'on implante dans l'objet pour le ramener au dehors.

Si le conduit est à peu près complètement fermé par la présence du corps étranger, il ne faut pas pratiquer d'injections d'eau tiède, ni se servir de la pince si le corps est arrondi (gros pois).

Les injections d'eau sont dangereuses, parce que le liquide ne peut passer en arrière et repousser par conséquent l'objet au dehors ; la force du jet ne peut aboutir qu'à enfoncer davantage le corps du délit ; de plus, elles ont l'immense inconvénient d'imbiber et de faire gonfler celui-ci, de sorte que, si l'on remet l'extraction à une séance ultérieure, la difficulté sera bien plus grande.

La pince ne convient pas davantage aux corps arrondis, qu'ils soient durs ou non, parce qu'en s'ouvrant, les mors forment un angle aigu dont le sommet est au pivot ; de plus, les extrémités ne s'implantant pas dans le corps étranger,

celui-ci est poussé en dedans, comme un noyau de cerise pincé par les extrémités du pouce et de l'index, par les tentatives qu'on fait pour le saisir solidement. Nous faisons exception pour les pinces fines à griffes, analogues aux pinces à dissection, parce que les branches étant très longues, on peut considérer les branches écartées comme parallèles.

L'instrument de choix est une aiguille pointue et coudée à 1 ou 2 millimètres de son extrémité, soit à angle droit, soit, mieux encore, en arc de cercle ; on peut aussi se servir du petit crochet d'acier qui sert à faire la dentelle. Si le corps étranger fait une saillie notable dans la profondeur du conduit, on l'accroche en implantant l'aiguille coudée sur la portion libre et on l'attire au dehors ; mais s'il est solidement fixé, cette manœuvre peut échouer, parce que le crochet déchire son tissu friable ; il faut alors glisser le crochet coudé, à plat, entre la paroi et l'objet, et aussitôt arrivé un peu en arrière du plus grand diamètre (du pois, par exemple), faire tourner l'instrument entre les doigts de manière que la pointe pénètre dans le corps du délit, qui, ainsi solidement fixé, peut être facilement extrait.

Il peut arriver que le corps arrondi roule sur place, sans être amené au dehors à la première tentative ; de nouvelles teutatives, inoffensives si elles sont bien pratiquées, ne tardent pas à être suivies de succès.

On peut encore, à défaut de crochet pointu, recourir à un stylet d'acier aplati à son extrémité et légèrement courbé; on l'introduit, comme l'instrument précédent, le long de la paroi supérieure, par exemple, de façon que son extrémité dépasse le grand diamètre du corps étranger, puis on relève la partie qu'on tient entre les doigts et l'on tire à soi ; l'instrument agit comme un levier qui, prenant le corps arrondi par derrière, permet de le dégager et de le ramener au dehors.

Il est quelquefois avantageux d'introduire ces instruments

le long de la paroi inférieure, parce que le tympan étant plus éloigné, en raison de son obliquité, on est moins exposé à le toucher. D'ailleurs, en règle générale, il faut faire pénétrer l'instrument là où il y a le plus grand intervalle entre le conduit et le corps qui l'obture.

C. Les corps assez durs pour ne pouvoir pas être pénétrés par l'aiguille coudée forment la classe la plus nombreuse.

Les corps allongés, mais de très petit diamètre, comme les minces éclats de bois, les barbes d'épi, crins, etc., offrent peu de prise à l'injection d'eau ; l'instrument de choix est la pince auriculaire à branches glissantes.

Si le corps étrauger est appliqué contre le tympan, il faut, avec un stylet boutouné, le dégager un peu, de façon que les mors de la pince puissent le saisir par une de ses extrémités, s'il est rigide; si, au contraire, il est flexible, ou peut sans inconvénient le saisir par son milieu sans craindre que ses extrémités n'éraillent le conduit.

Les corps allongés assez gros, comme bouts de crayon de bois ou d'ardoise (ces derniers sont nombreux), sont justiciables de l'emploi des injections d'eau. Dans les cas où l'extrémité libre est facilement accessible, on peut essayer de l'extraire avec une pince à dissection ou une pince hémostatique; on peut encore fixer cette extrémité avec une ause de fil de fer portée sur le polypotome.

Mais quand les manœuvres n'ont abouti qu'à enfoncer le corps étranger et à lui faire franchir l'isthme du conduit, la situation se modifie ; le corps allongé, se trouvant dans un espace plus vaste, s'incline, et la présentation de l'extrémité se transforme en présentation dorsale. Pour pouvoir le saisir, il faut faire la version soit à l'aide du stylet, soit encore par une vigoureuse injection d'eau, l'oreille malade étant inclinée fortement sur l'épaule ; la rotation s'opère alors et fait correspondre le grand axe du corps étranger avec l'axe du conduit. Souvent l'injection d'eau suffit à l'expulser ; dans

le cas contraire, on recourra aux instruments de préhension mentionnés plus haut ou à un stylet coudé, mais mousse.

Les petits corps étrangers arrondis, comme les perles de verre, cailloux, sont facilement expulsés par les injections d'eau convenablement faites ; si, par hasard, elles échouent, c'est que le corps étranger est retenu soit par une substance visqueuse, soit par du cérumen ; on aurait alors recours à des instillations alcalines pour ramollir le cérumen avant de renouveler les injections, ou l'on emploierait d'emblée la curette ; c'est dans des cas semblables qu'on a conseillé l'usage d'un agglutinatif (colle forte, glu, alun fondu, etc.), porté à l'extrémité du stylet sur le corps étranger qui adhère ainsi, après solidification, à l'instrument. Tant que l'objet n'a pas quitté le conduit auditif, les injections d'eau suffisent à l'extraire après dégagement, s'il est nécessaire, avec le stylet coudé.

Les difficultés augmentent quand on a affaire à un corps arrondi et dur, assez volumineux pour obturer le conduit, comme un noyau de cerise, un petit caillou rond, un gros bouton ou une grosse perle de verre.

Pour ces deux derniers objets, généralement perforés ou munis d'une boucle, les difficultés diminuent si l'orifice ou la boucle se présentent en dehors, parce qu'on peut y introduire un fin crochet pour les saisir.

S'il s'agit, au contraire, d'un noyau de cerise ou d'un caillou rond, qui s'adapte exactement au conduit, les injections et les pinces doivent être rejetées pour les raisons que nous avons déjà données. On cherchera à glisser entre l'objet et le conduit soit un crochet coudé, soit un stylet aplati et légèrement courbé ; si l'on arrive à passer l'instrument en arrière, un mouvement de bascule pourra, dans la plupart des cas, le dégager et l'amener au dehors. En pareille circonstance, Voltolini a conseillé de perforer avec la pointe du galvano-cautère la partie dure du noyau, pour pouvoir intro-

duire dans la cavité centrale un stylet coudé et l'extraire ; ce procédé, qu'il est bon de connaître, pourra être applicable dans certaines occasions.

Souvent, le noyau ou le caillou, poussé par les tentatives d'extraction, a franchi la partie la plus étroite du conduit, l'isthme, et se trouve dès lors un peu plus mobile dans le fond du canal ; les injections d'eau ont peu de chances de l'entraîner au dehors, pour peu qu'il ait franchi l'isthme avec peine, parce que la *vis a tergo* est insuffisante pour lui faire suivre le même chemin ; les stylets coudés ou crochets le font rouler, le déplacent, mais sans pouvoir le saisir assez solidement pour pouvoir l'extraire de force.

Si les accidents ne sont pas menaçants, on pratiquera des instillations d'huile d'amandes douces qui, dans bien des cas (observations de Noguet, de Ziem), ont eu pour effet d'expulser spontanément le corps étranger au bout d'un ou plusieurs jours ; si ce moyen échoue ou s'il y a urgence à intervenir immédiatement (contusion avec gonflement des parois, otite suppurée, accidents cérébraux), on peut encore tenter un autre mode d'extraction.

Il faut alors recourir au serre-nœud pour polypes de l'oreille, dont l'anse, après quelques tâtonnements, peut arriver à fixer, suivant sa grande circonférence, le corps arrondi. Comme le corps étranger touche, ou presque, le tympan, il est préférable de se servir de crin de Florence, qui est assez résistant et beaucoup plus élastique que le fil de fer ; au besoin, on peut passer dans le même tube deux fils, de façon à obtenir deux anses, qui saisissent le corps étranger comme dans une fronde.

Tels sont les procédés qui conviennent plus particulièrement à chaque groupe de corps étrangers ; nous nous hâtons d'ajouter que les règles ne sont pas absolues et qu'il faut s'inspirer des conditions spéciales dans lesquelles se présente chaque cas. Nous laissons de côté les faits où le corps

étranger a été poussé dans la caisse par des manœuvres violentes, cas qui exigent, ainsi que les plaies par armes à feu, des opérations spéciales.

Comme ce sont les enfants qui fournissent la plus grande partie des observations de corps étrangers, on est souvent obligé, pour obtenir une immobilité complète, de recourir à l'anesthésie générale, pour peu que l'enfant soit indocile et ne puisse pas être facilement contenu par des mains exercées et vigoureuses.

Sans revenir longuement sur la technique des injections, que nous avons exposée dans notre *Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille*, nous rappellerons que l'eau doit être tiède, que l'extrémité de la seringue (d'une contenance de 60 à 100 grammes environ) doit pénétrer de quelques millimètres dans le méat, que le jet de liquide, lancé plus ou moins fort, suivant les cas, doit suivre les parois supérieure ou postérieure du conduit auditif; après la projection du contenu de la seringue, il est prudent, pour les corps allongés, d'examiner le conduit, pour savoir si l'objet se présente dans des conditions favorables pour être saisi; dans le cas contraire, on recommence l'injection en faisant pencher la tête sur l'épaule du côté malade, on même en faisant coucher le malade sur le côté de façon que le méat regarde directement en bas ; le remous du liquide, aidé de la pesanteur, favorise ainsi l'engagement du corps étranger dans le conduit et le rend plus accessible à nos moyens de préhension.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

De l'élimination de l'acide urique par la médication thermo-résineuse ;

Par le docteur Benoît du Martouret.

La médication thermo-résineuse (bains de vapeurs sèches de pin Mugho), qui a conquis depuis longtemps déjà une place importante dans la thérapeutique générale, m'a fourni dans l'*Établissement du Martouret*, à Die (Drôme), des occasions multiples de constater combien est grande l'élimination de l'acide urique par cette médication, et d'expliquer, par ce fait, les guérisons fréquentes, et le soulagement, toujours assuré, des affections arthritiques, ayant résisté aux cures hydro-minérales les plus réputées.

Il est, en effet, absolument reconnu que toutes les affections arthritiques, depuis la goutte, si variée dans ses effets pathologiques, le rhumatisme, la sciatique, la gravelle, etc., sont dues à une même *matière peccante*, produisant une intoxication de l'économie, par la surcharge urique du sang, et, par suite, amenant des manifestations articulaires et internes, etc.

La surcharge urique du sang et des tissus étant la caractéristique des maladies arthritiques, il est évident que deux conditions s'imposent aux malades qui en sont atteints, soit qu'ils doivent leur affection à *une excrétion exagérée de l'acide urique*, soit à *une rétention de l'acide urique, par défaut d'élimination rénale et cutanée.*

La première condition serait d'instituer une thérapeutique anti-arthritique qui empêchât de fabriquer l'acide urique en excès, cause de tous les accidents. Malheureusement, nous connaissons mal, en dehors de l'hygiène et de l'alimenta-

tion, souvent impuissantes, les indications capables d'empêcher la formation de ce produit.

La seconde condition est *d'éliminer cet acide urique*, qui intoxique l'économie.

Or, si nous sommes incapables de remplir la première condition, nous sommes puissamment armés dans la seconde, pour combattre cette dyscrasie urique, dont les manifestations sont si nombreuses et si redoutables, et qui entraîne même la cachexie.

La médication rationnelle qu'on doit appliquer aux états arthritiques, et qui en fait, jusqu'à présent, le traitement de choix, sont *les bains de vapeurs sèches de copeaux frais de pin Mugho*, dont les sommets du *mont Glandaz* ont à peu près le monopole, et dont non seulement la supériorité réelle sur les autres essences résineuses, mais encore la vertu spécifique, sont indéniables.

Nous insistons sur les mots *copeaux frais*, car le succès du traitement dépend d'eux, et nous regrettons d'être obligé de signaler qu'on en fait usage bien rarement. Nous avons constaté que, dans leur précipitation à nous imiter, les établissements thermo-résineux, si répandus aujourd'hui, non seulement persistent dans la grossière et dangereuse erreur de soumettre les malades à des températures élevées, mais ne comptent pas avec la chose fondamentale, capitale, *l'agent curateur lui-même*, le *copeau résineux frais provenant du pin Mugho*, très difficile à se procurer, surtout en abondance. La récolte, en effet, ne se fait que pendant l'été, et c'est une des raisons pour lesquelles nos bains de vapeurs résineuses ne doivent être pris que pendant cette saison.

Il faut donc se tenir en garde contre les établissements dirigés par des personnes étrangères à la médecine, qui, par ignorance, ou par parcimonie ou spéculation, se servent de copeaux secs, récoltés en provision, souvent des années à l'avance, et auxquels ils ont la prétention de rendre

la sève et les vertus perdues, par une immersion prolongée dans l'eau. Je me suis livré pendant plusieurs années à des recherches cliniques, dans le but de me rendre compte du mode d'action de cette médication.

Ce sont ces recherches et leurs résultats que je présente ici.

La première idée qui s'offre à l'esprit, c'est que le traitement thermo-résineux a pour effet de rétablir ou d'accroître la fonction de la peau. Les vapeurs résineuses, en effet, mises en contact direct avec la surface cutanée, exercent une action topique spéciale, imprimant une nouvelle vie à tout le réseau sous-cutané de vaisseaux sanguins et lymphatiques et de glandes, etc. L'exhalation cutanée, la diaphorèse, se rétablissent ou se développent, et, par cette voie, *l'organisme se déchargerait de l'acide urique, que les reins sont insuffisants à éliminer.*

Dans cette hypothèse, les reins demeureraient étrangers à la cure, n'étant point touchés par le traitement; or, il n'en est rien, car j'ai été fort surpris de constater, dès les premiers jours du traitement, des modifications importantes dans la fonction urinaire et, notamment, dans *l'élimination de l'acide urique libre et combiné.*

Le chiffre de cet élément se trouve constamment augmenté dans de fortes proportions, et cela, même immédiatement après des traitements hydro-minéraux, qui semblent avoir débarrassé les malades de leur excès d'acide urique, à ne consulter que leur analyse d'urines, mais qui ont été, en réalité, impuissants à le faire.

Voici deux observations à l'appui de ce fait nouveau et qui offrent le plus grand intérêt, à cause de l'enseignement qu'elles comportent :

Observation I. *Arthritisme, névrite crurale droite, artériosclérose cardiaque.* — M. C..., cinquante-neuf ans, a été atteint,

il y a deux ans, d'une douleur crurale assez vive, pour empêcher certains mouvements du membre inférieur droit, et pour gêner la marche, au point d'amener la claudication.

Le malade a fait un traitement des plus sérieux de massage suédois, qui n'a amené que de la fatigue. Un traitement de gymnastique d'assouplissement a semblé mieux réussir ; mais l'impotence est revenue aussitôt.

Une saison à Gréoulx est restée sans effet, ainsi que des bains-fumigations résineux, pris à Marseille, dans de mauvaises conditions.

De plus, M. C... est atteint d'artério-sclérose cardiaque, avec des accès de suffocation.

C'est dans ces conditions qu'il est envoyé à l'établissement thermo-résineux du Martouret, par le professeur Grasset et les docteurs Fioupe et Brémond, directement, *après une cure faite à Évian.*

M. C..., à son arrivée, me communiqua l'analyse suivante de ses urines, faite à son départ d'Évian, par le docteur Chiaïs :

Densité	1015.
Réaction	acide.
Urée	21g,44 par litre.
Chlorure de sodium	12 grammes.
Acide urique	*traces.*
Acide phosphorique	22g,691.
Albumine	néant.
Sucre	néant.
Matériaux solides	55g,92.

Rien au microscope.

M. C... commence son traitement : premier bain de vapeurs résineuses de trente minutes, à 38 degrés environ ; un bol de décoction de pin Mugho ; respiration large ; vingt minutes de maillot, après le bain, et ainsi de suite.

Après quelques bains, l'analyse des urines est faite par le docteur Lescœur, professeur de chimie et de toxicologie à la Faculté de médecine de Lille, et les résultats sont les suivants :

Densité..........................	1022.
Réaction..........................	fortement acide.
Urée..........................	21g,40 par litre.
Chlore (Cl.)..........................	4 ,98 —
Acide urique..........................	*0 ,78* —
Acide phosphorique ($Ph.O^5$)..........	2 ,90 —
Acide sulfurique (SO^3)..............	1 ,45 —
Albumine..........................	néant.
Sucre..........................	néant.
Extraits..........................	49g,30 —

Au microscope, nombreux cristaux d'acide urique, d'urates et d'oxalates de chaux.

En comparant ces deux analyses, on remarque que quelques bains de vapeurs résineuses ont pu faire éliminer 78 *centigrammes d'acide urique par litre*, alors que les eaux d'Évian n'étaient plus d'aucune efficacité, ce qui semblerait prouver que la médication thermo-résineuse est autrement puissante que la médication hydro-minérale.

Le 19 août, dans la nuit, *débâcle rénale, évacuation des petits calculs.*

Un autre fait remarquable est la facilité avec laquelle M. C..., qui est atteint d'artério-sclérose cardiaque, supporte même les premiers bains résineux, et le bien-être qu'il éprouve à respirer largement les vapeurs, au point que je serais porté à croire que la médication pourrait même atténuer ses accès de suffocation.

M. C... quitte l'établissement du Martouret le 9 septembre, dans un état satisfaisant sous tous les rapports.

Observation II. *Pyélo-néphrite calculeuse.* — Mme D..., trente-deux ans, trois grossesses, tempérament nerveux; famille de rhumatisants et de gravelleux.

Vers l'âge de vingt-deux ans, à sa première grossesse, a ressenti les premières atteintes de la rétention d'un calcul qui a déterminé *la pyélite*, et n'a cédé que momentanément au régime lacté.

Sur les conseils du professeur Guyon, première saison à Con-

trexéville, et malgré son insuccès, trois saisons consécutives sans plus de succès.

L'opération est proposée par le professeur Guyon et le docteur Albarran, à laquelle la malade ne veut pas se soumettre. C'est alors que le professeur Albert Robin, s'appuyant sur un succès antérieur, obtenu par la médication thermo-résineuse, conseille à Mme D... une saison à l'établissement du Martouret, après avoir fait, préalablement encore, une saison à Contrexéville.

Mme D..., retour de Contrexéville, nous communique l'analyse de ses urines, faite à l'hôpital Necker, dont les résultats sont les suivants :

Densité....................	1.019.
Réaction....................	acide.
Couleur....................	pâle.
Odeur....................	normale.
Dépôt....................	assez abondant, formé de globules de pus ; pas d'hématies, pas de cylindres.
Albumine....................	*0g,75* par litre.
Glucose....................	néant —
Indican....................	néant —
Pigmentation biliaire........	néant —
Acide urique....................	*traces*.
Acide phosphorique........	0g,40 —
Urée....................	16 ,65 —
Chlorures....................	9 ,30 —

L'état de Mme D... est le suivant à son arrivée : *pyélo-néphrite*, avec abondance de pus dans les urines. *Pas de gravelle urique ;* douleur intercostale, cystite.

Premier bain de vapeurs résineuses de trente-cinq minutes, 38 degrés, décoction de pin Mugho ; maillot, dix minutes ; sudation rapide et abondante, *pas de sédiment urique*.

Élancement dans le rein droit après le bain.

L'analyse des urines est faite après le troisième bain par le professeur Lescœur, qui nous communique les résultats suivants :

Densité	1.019.
Réaction	fortement acide.
Sucre	néant.
Albumine	0g,22 par litre.
Urée	22 ,00 —
Chlore	3 ,55 —
Acide urique	0 ,85 —
Acide sulfurique	1 ,32 —
Acide phosphorique	1 ,98 —
Extraits	45 ,00 —

Au microscope, quelques globules de pus : cristaux d'acide urique ; ni oxalates, ni phosphates.

Mme D... est soumise à la douche au sortir du bain de vapeurs, sur les conseils du professeur Guyon. Bonne réaction deux jours de suite. Le pus semble diminuer sensiblement ; mais Mme D..., tout en le constatant, déclare que cet effet, produit par d'autres médications, n'a jamais été durable : *l'albumine a sensiblement diminué.*

Au douzième bain environ, abondance de pus et de mucus dans les urines et *sable urique abondant.*

Cachets de benzo-naphtol. Le pus diminue pour reparaître. Phénomènes de cystite, produits par le pus. Cessation des douches ; le traitement consiste en bains de vapeurs térébenthinées simples jusqu'au départ de Mme D... ; à cette date, l'analyse des urines est la suivante :

Densité	1.019.
Réaction	fortement acide.
Sucre	néant.
Albumine	0g,097 par litre.
Urée	17 ,85 —
Chlore	3 ,55 —
Acide urique	0 ,92 —
Acide sulfurique	0 ,98 —
Acide phosphorique	1 ,80 —

Grande quantité de globules de pus, très peu de cristaux d'acide urique, pas de phosphates et pas d'oxalates de chaux.

Mme D..., dont l'état est relativement satisfaisant, écrit que, sur les conseils de ses médecins, elle fera deux saisons, l'année prochaine, en juin et septembre.

C'est donc un fait, la médication thermo-résineuse rétablit ou active l'*élimination de l'acide urique*, et par ce mécanisme se trouverait expliquée l'efficacité de notre traitement, dans les diverses manifestations goutteuses et rhumatismales.

Mais comment agit sur le rein le traitement thermo-résineux ?

J'en suis réduit sur ce point, je l'avoue, aux hypothèses.

L'excrétion urinaire, la respiration pulmonaire, la perspiration cutanée, sont trois actes d'une même fonction : l'exhalation aqueuse. Elles sont appelées à se suppléer mutuellement. On sait combien la suppression totale ou partielle de la transpiration cutanée retentit d'une façon fâcheuse sur le rein. Plusieurs maladies de cet organe n'ont point d'autre cause. On connaît les expériences consistant à produire artificiellement la maladie de Bright sur les animaux, en annulant les fonctions de la peau, par l'application d'un vernis.

Réciproquement, le rétablissement de la fonction cutanée doit être pour le rein un grand allègement, et, quand il s'agit d'un organe malade, une condition favorable à son retour à la santé et au recouvrement de ses fonctions, plus ou moins compromises, c'est la *réapparition de l'élimination de l'acide urique*, comme une répercussion favorable sur la glande urinaire, *de la révulsion cutanée*.

On peut aussi invoquer que les substances balsamiques introduites dans l'économie par la médication thermo-résineuse, dont il serait superflu d'indiquer ici le mode d'application, possèdent une *action élective sur les reins*, *action curative* pour cet organe.

Les bains de vapeurs résineuses agissent *en accroissant les phénomènes d'oxydation*; de plus, il est possible que les *acides*

cinnamique et *benzoïque* absorbés se combinent dans l'organisme et entraînent, *sous forme d'acide hippurique*, une partie de la matière première de l'acide urique, d'où résulterait une double action : *oxydante* et *empêchante*.

Ainsi que je l'ai fait pressentir au début, en parlant de la *spécificité du pin Mugho*, je crois que les deux actions coexistent.

Quoi qu'il en soit, on voit que nous sommes conduits à considérer la médication thermo-résineuse comme spécifique des maladies des reins.

C'est comme spécifique contre les maladies des reins qu'elle agit dans la goutte et le rhumatisme, et ses indications se trouvent dans l'état de la glande rénale.

Les arthritiques peuvent bien s'adresser à Vichy, à Évian, à Contrexéville, quand il s'agit de lessiver leur organisme de l'acide urique qu'il renferme, ou de modifier une nutrition vicieuse ; mais, seule, la médicatiou thermo-résineuse pourra *rétablir la fonction du rein altérée dans l'élimination de l'acide urique*, et c'est le cas le plus ordinaire. La plupart des goutteux, surtout à l'approche des accès, éliminent peu ou pas d'acide urique.

J'ai publié des observatious qui m'autorisent à affirmer que *l'élimination de l'acide urique par les bains de vapeurs sèches de pin Mugho frais est plus grande que par les traitements hydro-minéraux*. C'est ainsi que nous avons été conduits à appliquer, *comme spécifique de la maladie des reins*, notre médication dans les néphrites.

Notre pratique est encore trop récente pour que nous puissions apporter ici une longue statistique, mais nous pouvons déjà affirmer que la médication thermo-résineuse est remarquablement efficace dans le cas de *néphrite aiguë* et de *néphrite chronique*, que l'amélioration est constante, et que la guérison intégrale paraît possible.

Sans doute, les autres conditions auxquelles se trouvent

soumis les malades dans l'établissement du Martouret, l'altitude élevée, la sécheresse de l'atmosphère, le climat privilégié, le traitement hydrothérapique, conditions éminemment favorables, peuvent avoir leur part dans ces résultats encourageants ; mais nous pensons que la part principale en revient au traitement thermo-résineux, tel que nous le pratiquons, à une température moyenne, qui nous permet de ne pas exclure les cardiaques.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

Contribution à l'étude de l'asaprol dans la thérapeutique infantile (1);

Par le docteur Moncorvo, correspondant de l'Académie de médecine de Paris.

Observation XLIV. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Tuberculose. Malaria. Coqueluche.* — Garçon de cinq ans, admis dans mon service à la policlinique, le 7 juin 1894. Enfant très chétif et arriéré. Père syphilitique. Mère tuberculeuse. Maigre, pâle, rachitique. Efflorescences cutanées à la suite d'autres accidents externes de la vérole congénitale dont ses frères et sœurs auraient aussi présenté des manifestations. Ganglions cervicaux et inguinaux tuméfiés. Inspiration soufflante aux deux sommets ; submatité aux deux fosses sous-claviculaires ainsi qu'à la région sterno-claviculaire droite. Crises asthmatoïdes dès les premiers mois. On institua de suite un traitement ayant pour base la créosote de hêtre et l'iodure de potassium, entremêlé parfois d'autres moyens destinés à combattre des manifestations palustres intercurrentes.

Tout marchait par suite assez régulièrement, tant du côté de l'état général que de l'état broncho-pulmonaire, lorsque, à partir

(1) Suite et fin. Voir les trois précédents numéros.

du 20 septembre, l'enfant commença à tousser, notamment pendant la nuit. Il était absolument apyrétique et l'auscultation ne révélait aucun signe de bronchite. On lui prescrivit en attendant des fumigations balsamiques avec de la térébenthine et du goudron.

Le 27 septembre, la toux, chaque fois plus accusée, avait acquis les caractères bien nets de la coqueluche. Elle était quinteuse suivie de reprises, survenant dix à douze fois dans les vingt-quatre heures et provoquant des vomissements. Commencement de plaques diphtéroïdes. Pas de signes de bronchite. Température toujours à la normale. Je me décide alors à essayer l'action de l'asaprol appliqué directement sur l'orifice glottique, en me servant pour cela d'une solution à 1 pour 100.

Le 29 septembre, à la suite des premiers badigeonnages périglottiques de la solution asaprolée, les quintes qui s'étaient d'abord exagérées ne tardèrent pourtant pas à s'amender notoirement, à ce point qu'on n'a enregistré que trois quintes plus faibles au cours de la dernière nuit. Aussi l'enfant n'a eu aujourd'hui qu'une seule quinte jusqu'au moment de la visite. Je pratique moi-même des badigeonnages périglottiques avec la solution médicamenteuse et je ne parviens guère à réveiller une seule quinte.

Le 1er octobre, amélioration marquée. Deux quintes à peine dans les vingt-quatre heures, non plus suivies de reprise sibilante. La compression du cartilage thyroïde ne provoque nullement de la toux.

Le 3 octobre, plus de quintes. La toux, d'ailleurs fort rare, tient à l'adénopathie trachéo-bronchique dont il existe encore les signes physiques. La plaque diphtéroïde disparue. Le traitement topique par l'asaprol est pourtant maintenu pendant une quinzaine encore, en même temps qu'on revenait à l'administration de la créosote et de l'iodure de potassium.

OBSERVATION XLV. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Malaria. Coqueluche.* — Petite fille de six ans, admise dans mon service le 27 septembre 1894. La deuxième de deux enfants. Mère poitrinaire. Pendant les premiers mois : alopécie, otorrhée, rhinite, rhagades

des commissures labiales. Allaitement mixte mais non suivi de troubles digestifs accusés. Déformation rachitique. Fièvre peu élevée depuis quelques jours, léger état saburral, foie quelque peu gonflé, selles diarrhéiques. Coqueluche datant de quinze jours, se traduisant par des quintes assez violentes, au nombre de vingt-trois à vingt-quatre journellement, mais plus fréquentes dans la nuit, suivies de reprises sibilantes fort marquées et provoquant assez souvent des vomissements. Les quintes amènent une expectoration muqueuse filante, teinte parfois de sang. Plaque diphtéroïde en voie de formation.

Ganglions cervicaux, préépitrochléens, inguinaux et hypertrophiés. Odontopathie. Submatité aux deux fosses sous-claviculaires. Inspiration un peu rude au niveau de ces régions. Quelques râles ronflants et sifflants épars des deux côtés. Décoloration marquée des téguments. Calomel. Potion quinique.

Le 29 septembre, on inaugure le traitement de la coqueluche par les badigeonnages périglottiques avec une solution d'asaprol à 1 pour 100. État saburral amendé. Plus de fièvre. Interruption de la diarrhée à la suite de l'emploi du calomel. On insiste sur l'administration de la quinine.

Le 1er octobre, amélioration inattendue. Rien pendant la journée, une seule quinte, sensiblement atténuée, et quatre autres à peine au cours de la dernière nuit. Plus d'expectoration sanguinolente ni de vomissements. Apyrexie. Meilleur appétit. Sommeil beaucoup plus réparateur. Traitement par l'asaprol.

Le 3 octobre, quintes passagères non plus suivies de reprises n'allant pas au delà de quatre dans les vingt-quatre heures. Même traitement.

Le 5 octobre, coqueluche éteinte. Toux légère et assez rare sans le moindre caractère de cette dernière. Cessation de l'expectoration. Plus de trace de la plaque diphtéroïde.

D. *Antisepsie intestinale.* — Je relaterai ici neuf observations se rapportant à des enfants de dix jours à douze ans, chez lesquels j'ai étudié l'emploi de l'asaprol au point de vue de l'anti-

sepsie intestinale. Je l'ai utilisé dans ce but sous la forme d'une solution aqueuse dont la proportion variait de 1 à 4 pour 100. Les suites de ces recherches ont été presque invariablement heureuses sans qu'aucun accident en fût d'autre part jamais survenu. Sous son influence, les selles diarrhéiques se tarissaient plus ou moins vite, perdaient leur odeur fétide, en même temps que la sensibilité douloureuse de l'intestin s'amendait et la paroi abdominale s'aplatissait tout en devenant flasque. Je dois ajouter que l'administration du médicament par la voie stomacale a toujours resté sans effet vis-à-vis du flux intestinal. Il est donc destiné à rendre de réels services à la médecine pratique, en agissant directement sur la cavité de l'intestin, tout en me rendant de grands services pour combattre les flux qui compliquent presque souvent la malaria infantile.

Observation XLVI. *Hérédo-syphilis. Malaria. Diarrhée.* — Il s'agit d'une fillette âgée à peine de dix jours, dont le père avait présenté les accidents avérés de la syphilis, laquelle portait elle-même des efflorescences cutanées et une gomme au-dessus de l'aile gauche du nez. Six jours après, tout en étant soumise à un traitement spécifique, elle fut prise de manifestations d'une intoxication paludéenne, lesquelles cédèrent aux moyens alors employés, pour réapparaître vingt-sept jours plus tard, s'accompagnant d'une diarrhée très accusée et d'un état saburral aussi très marqué. L'asaprol fut alors employé sous la forme de lavages intestinaux et de collutoires, dans la proportion de 1 à 2 pour 100. Dans ce cas, de même que dans plusieurs autres analogues, la diarrhée a subi une atténuation immédiate pour disparaître entièrement au bout de quelques jours. Aussi s'est-il montré d'une extrême utilité pour l'antisepsie buccale en débarrassant très promptement la muqueuse buccale de son enduit saburral.

Observation XLVII. *Hérédo-syphilis. Malaria. Diarrhée.* — Enfant d'un mois, amené au service le 31 juillet 1894. Signes

marqués de la vérole congénitale. Allaitement maternel. D'abord constipation, mais à dater de cinq jours, diarrhée séro-bilieuse extrêmement fétide avec ballonnement du ventre. État saburral et élévation de la chaleur du corps s'accentuant pendant la nuit. Ventre douloureux à la palpation. Foie légèrement gonflé.

Des lavages intestinaux avec une solution d'asaprol à 1 pour 100 ont parfaitement réussi. Le ventre s'aplatit, devient indolent, en même temps que les selles ont repris, au bout de trois jours, leur nombre et leur caractère physiologiques. A côté de ce médicament, j'ai eu recours avec avantage à l'emploi du phénocolle par la voie gastrique.

Observation XLVIII. *Hérédo-syphilis. Malaria.* — Il s'agit dans ce cas d'un petit garçon de deux mois, issu d'un père syphilitique et nourri au sein par sa mère, laquelle aurait été affectée d'une fièvre palustre vers le septième mois de sa grossesse. Cet enfant, mal développé, avec un coryza fort marqué, avait été pris de coliques violentes suivies de selles grumeleuses et panachées, coïncidant avec du refroidissement des extrémités et des sueurs profuses générales. La langue était chargée, le ventre ballonné, la rate légèrement hypertrophiée.

Le traitement se compose alors d'une potion renfermant 1 gramme d'asaprol et d'un lavage intestinal avec une solution asaprolée. Eh bien, deux jours après, les coliques avaient entièrement cessé pour ne plus reparaître, en même temps que les crises de refroidissement et de transpiration ne se renouvelaient pas. Le ventre s'était aplati et la rate dégonflée.

Observation XLIX. *Hérédo-syphilis. Malaria. Diarrhée.* — Petite fille, deux mois, née à Rio, vue pour la première fois le 31 juillet 1894.

Polyléthalité familiale. Enfant très chétive et portant des manifestations accusées d'hérédo-syphilis. Depuis la veille, élévation marquée de la chaleur avec apparition de mouvements convulsifs des membres. Agitation. Insomnie. Langue sèche et

recouverte d'un épais enduit saburral. Ventre extrêmement ballonné. Foie engorgé, mais par-dessus tout une diarrhée fort copieuse et fétide qui ne faisait que s'augmenter de plus en plus.

Je me suis adressé à l'administration du phénocolle dans le but de faire baisser la chaleur qui s'élevait, au moment de la visite, à 40 degrés, et je prescrivais des lavages intestinaux avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le lendemain, le ventre était notablement abattu et flasque, la diarrhée ayant subi une atténuation marquée à la suite du premier lavage avec l'asaprol, au point que, depuis la veille au soir jusqu'à 10 heures du matin, l'enfant n'avait eu qu'une selle, presque inodore, du reste.

La fièvre, ayant cependant résisté à l'emploi du phénocolle, réclama celui de la quinine; mais les lavages répétés de la solution asaprolée eurent entièrement raison du flux intestinal.

Observation L. *Hérédo-syphilis. Malaria. Diarrhée. Bronchite.* — Nouveau-né âgé de trois mois et admis dans le service le 4 juillet 1894. Poids, 5k,650. Père syphilitique. Accidents cutanés de la vérole congénitale aussitôt après la naissance. Au cours de son traitement spécifique, il contracta une fièvre paludéenne compliquée d'une bronchite intense, ainsi que d'une diarrhée copieuse et fétide dont l'accroissement progressif devint assez inquiétant. J'ai eu recours, dans ces conditions, aux lavages de l'intestin avec une solution d'asaprol à 2 pour 100, tout en l'utilisant aussi pour l'antisepsie de la cavité buccale. L'amendement du flux intestinal ne se fit alors pas attendre, et, bref, les selles reprirent dans quelques jours leur nombre et leur constitution normale.

Observation LI. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Malaria. Diarrhée.* — Garçon d'un an et demi, admis dans mon service le 16 juillet 1894. Signes externes d'hérédo-syphilis; déformations rachitiques. Fièvre à type rémittent irrégulier. Prostration; inappétence invincible; état saburral des plus accusés; foie et rate tuméfiés. Selles pâteuses et fétides. Température autour de 39 de-

grès. En outre du traitement antimalarien, je fais badigeonner la muqueuse linguale avec une solution d'asaprol à 2 pour 100, et cette fois encore le résultat fut le plus satisfaisant, la muqueuse badigeonnée se trouvant au bout de deux jours parfaitement réintégrée.

Une quinzaine de jours après la disparition des autres accidents malariens, on les voit reparaître compliqués alors d'une diarrhée assez abondante et fétide, avec du ballonnement du ventre. Les lavages du tube intestinal à l'aide d'une solution d'asaprol furent alors essayés avec un succès marqué ; les selles devinrent promptement inodores, moins fréquentes, en même temps que le ventre s'aplatissait.

Observation LII. *Hérédo-syphilis. Malaria. Diarrhée.*— Garçon de quatre ans, présenté dans mon service le 4 août 1894. Chétif, rachitique, portant des manifestations assez notoires d'hérédo-syphilis. Le 10 août, on constate des symptômes d'une intoxication palustre, parmi lesquels une diarrhée assez marquée, accompagnée de ballonnements du ventre. L'antisepsie intestinale fut, dès ce moment, rigoureusement faite au moyen des lavages avec une solution d'asaprol à 2 pour 100, et deux jours plus tard, le flux intestinal avait cessé.

Observation LIII. *Malaria. Diarrhée dysentériforme.* — Enfant de sept ans, admis dans mon service le 17 juillet 1894. L'enfant habite une localité malsaine hors de Rio ; il a été soigné déjà dans le même service pour une fièvre paludéenne.

Déjections dysentériformes d'abord striées de sang, et actuellement catarrhales depuis plus de vingt jours, survenant au nombre de huit à dix et accompagnées de coliques. État saburral. Langue très chargée. Foie tuméfié.

Je prescris une potion au chlorhydrate de phénocolle, ainsi que des lavages intestinaux avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Ces lavages furent poursuivis avec plus ou moins de régularité jusqu'au 9 août suivant, amenant la modification immédiate des

caractères des selles, qui se réduisirent au nombre de deux à trois dans le court laps de trois jours, en reprenant graduellement leur coloration et leur consistance normales. Le phénocolle fut à la suite remplacé par le chlorhydrate de quinine.

Observation LIV. *Rachitisme. Malaria. Insuffisance mitrale.* — Fille, douze ans, admise dans mon service le 13 juillet 1894. Déformations rachitiques. Signes stéthoscopiques d'une insuffisance mitrale.

Fièvre à type irrégulier datant de huit jours; température à 39°,8. Langue très chargée, soif, anorexie, ventre très ballonné, fort douloureux, diarrhée séreuse, extrêmement abondante et fétide, foie engorgé. A côté d'autres médicaments appropriés, j'ordonne de suite deux lavages intestinaux par jour, avec une solution d'asaprol à 2 pour 100. Eh bien, le lendemain même, l'enfant éprouvait un mieux considérable du côté du ventre, en même temps que les selles étaient devenues moins abondantes et moins fétides.

Cette amélioration continua à faire des progrès, et, le 18 juillet, la diarrhée était tout à fait éteinte. Il est bon de dire que, pendant ce temps-là, les lavages asaprolés ne cessèrent pas d'être pratiqués assez régulièrement.

E. *Vulvo-vaginite.* — Le pouvoir bactéricide de l'asaprol s'étend aussi jusqu'au gonocoque de Neisser; il devient par cela une précieuse acquisition pour le traitement de la vulvo-vaginite d'origine blennorragique. Les quatre observations qui suivent en sont la preuve. D'après mon expérience personnelle, il paraît résulter que l'efficacité de ce nouvel agent antiseptique dépasse, dans les cas de cette nature, celle de l'iodoforme, du permanganate de potasse et de l'acide borique, étant employé pour cela sous la forme d'une solution aqueuse dont la proportion a varié de 1 à 4 pour 100.

Observation LV. *Hérédo-syphilis. Rachitisme. Vulvo-vaginite. Malaria.* — Fillette de trois ans, née à Rio, amenée dans mon service à la policlinique, le 3 juillet 1894.

Polyléthalité familiale. Père syphilitique.

L'enfant est venue au monde très chétive et très peu développée, avec la peau parsemée de taches cuivrées. Allaitement mixte. Troubles digestifs vers les premières semaines. Marche vers le dix-huitième mois. Croûtes au cuir chevelu. Efflorescences cutanées à diverses époques. Rougeole vers le huitième mois. Déjà soignée dans le service pour une fièvre paludéenne. La mère a remarqué, il y a six jours à peine, l'existence d'un écoulement vulvo-vaginal assez abondant. Elle avoue avoir été, elle aussi, affectée d'un écoulement pareil datant de plusieurs mois. Muqueuse vulvaire rouge, tuméfiée et baignée d'un liquide jaune verdâtre très épais. Miction pénible.

L'examen microscopique du liquide vulvaire permet de reconnaître la présence du gonocoque de Neisser en assez grand nombre, soit libre, soit infiltrant les cellules épithéliales et des leucocytes. Le but principal de sa présentation était cependant l'apparition d'une fièvre palustre (température rectale, 39 degrés), accompagnée d'engorgement hépatique et splénique, de diarrhée, etc. A côté du calomel et du phénocolle adressés contre cette dernière, je voulus essayer l'emploi de l'asaprol pour le traitement de la vulvo-vaginite.

Au fait, on a commencé ce même jour des lotions et des irrigations vulvo-vaginales avec une solution d'asaprol à 2 pour 100.

A partir du lendemain, l'écoulement avait diminué, et cette modification, due à l'action du médicament, s'accentua progressivement. La rougeur aussi bien que la tuméfaction de la muqueuse vulvaire s'atténuèrent promptement, la miction redevint indolente, en même temps que la sécrétion gonococcique se tarissait rapidement.

Bref, le 13 juillet, on était à même d'en constater la cessation complète, toute trace d'inflammation locale ayant disparu.

Observation LVI. *Vulvo-vaginite.* — Jeanne, quatre ans, présentée le 1er septembre 1894. Mère atteinte dès longtemps d'un écoulement vulvo-vaginal. Cette fillette présenta, elle aussi, depuis l'âge de deux ans, un écoulement vulvo-vaginal d'abord verdâtre et épais, plus tard jaunâtre et séreux, ayant résisté aux divers moyens essayés. Muqueuse vulvaire rougeâtre et tuméfiée. Erythème péri-vulvaire. Je conseille alors des lotions et des irrigations vulvaires avec une solution d'asaprol à 1 pour 100.

Le 27 septembre, bien que le traitement n'eût point été fait avec la régularité désirable, il n'y avait plus de traces de l'inflammation vulvo-vaginale, la sécrétion s'étant tarie.

Observation LVII. *Malaria chronique. Vulvo-vaginite. Oxyures.* — Petite fille âgée de sept ans, née à Rio, présentée dans mon service le 9 juillet 1894. La dernière de sept enfants. Atteinte à plusieurs reprises de fièvre paludéenne. Pâle, maigre, indolente, sans appétit. Langue revêtue d'un léger enduit saburral. La mère l'amène à cause d'un écoulement vulvo-vaginal qui date de plusieurs semaines, lequel n'a fait que s'accroître. On parvient alors à savoir que cette fillette se baignait dans une baignoire appartenant à sa belle-sœur affectée, elle aussi, depuis longtemps, d'un écoulement pareil.

L'examen laisse voir, en effet, les petites lèvres rouges, tuméfiées, et baignées d'un liquide séro-purulent épais, dont la sécrétion se fait, d'après la mère, en assez forte proportion pour tacher largement la chemise de l'enfant. L'examen microscopique du liquide sécrété a révélé à M. Moncorvo fils la présence d'un grand nombre de gonocoques de Neisser.

Calomel, 50 centigrammes. Lotions vulvo-vaginales avec une solution d'asaprol à 10 pour 100.

Le 16 juillet, écoulement sensiblement amendé. Muqueuse vulvaire moins rouge et moins gonflée. Arsenic à l'intérieur. Lotions asaprolées.

Le 21 juillet, la mère fait remarquer que sa fillette souffre, depuis quelques années déjà, des conséquences de la présence

d'oxyures dans le rectum, ce qui porte donc à admettre que ces derniers, émigrant vers l'ouverture vulvaire, viennent en aggraver l'inflammation.

On poursuit les lotions avec la solution d'asaprol à 4 pour 100, en même temps qu'on recourt dans la nuit à des petits lavements avec une solution saturée de cette même substance.

Le 26 juillet, écoulement assez diminué. Un examen attentif ne permet plus de retrouver des oxyures; aussi l'enfant ne se plaint plus du prurit anal qui l'incommodait beaucoup.

A côté du calomel réclamé par l'engorgement du lobe gauche du foie et le renouvellement de l'état saburral, je fais poursuivre les lotions ainsi que les lavements asaprolés.

Le 28 juillet, foie dégonflé. Langue plus nette. Appétit. Écoulement presque éteint.

Arsenic. Lotions et lavements d'asaprol.

Le 1er août, l'écoulement vulvo-vaginal a subi une recrudescence imprévue, mais une nouvelle enquête permet de savoir que la fillette a commis l'imprudence de reprendre la cuvette appartenant à sa belle-sœur encore affectée de vulvo-vaginite.

On renouvelle l'emploi de la solution d'asaprol à 2 pour 100, tant pour les lavements que pour les lotions, et l'on insiste encore sur l'urgence d'éviter l'usage commun de la cuvette.

Le 4 août, atténuation fort marquée de la sécrétion vulvo-vaginale. Plus de prurit anal ou vulvaire. On ne retrouve plus d'oxyures. Nutrition générale sensiblement améliorée. Sommeil calme et réparateur, alors qu'il était avant le traitement très souvent interrompu par le prurit vulvaire et anal.

On poursuit le traitement par l'asaprol.

Le 10 août, la sécrétion vulvaire, qui était presque absolument éteinte, a subi un léger accroissement, dû très probablement à l'irrégularité du traitement; mais un nouvel examen microscopique ne découvre qu'un fort petit nombre de gonocoques. Je conseille alors de faire des injections répétées avec la solution d'asaprol et pas seulement des lotions.

A partir de cette date, la vulvo-vaginite s'atténua progressive-

ment, malgré quelques légères irrégularités du traitement, par l'effet de l'insouciance de la mère, et, le 23 septembre, tout écoulement avait complètement disparu, la muqueuse vulvo-vaginale ayant repris ses conditions normales.

Observation LVIII. *Malaria chronique. Vulvo-vaginite de nature blennorragique.* — Jeune fille de quinze ans, admise dans mon service, le 18 juillet 1894, pour être soignée de manifestations d'une intoxication paludéenne ancienne. Elle était pâle, maigre, faible, sans appétit, avait la langue chargée, la rate hypertrophiée, des selles pâteuses, et n'était pas encore réglée. Aussi avait-elle été affectée, depuis trois ans, d'un écoulement vulvo-vaginal, d'abord très épais et verdâtre, et ensuite séreux et jaunâtre. Sa mère, interrogée sur la cause probable de la contagion, déclara que sa fillette s'était servie, avant l'apparition du mal, d'une cuvette dans laquelle se baignait aussi une femme atteinte d'un écoulement vaginal ancien. La muqueuse vulvo-vaginale était rougeâtre et quelque peu tuméfiée.

A part le traitement anti-malarien, je lui ordonnai des injections vulvaires avec une solution d'asaprol à 2 pour 100. Eh bien, cet écoulement, qui avait résisté à plusieurs moyens déjà essayés, subit une atténuation immédiate sous l'influence du nouvel antiseptique. Au fait, les injections ayant été soigneusement pratiquées, on l'a vu s'éteindre définitivement dans le court laps de dix jours.

Cette fillette a continué à être observée jusqu'à la fin du mois de septembre, et malgré l'interruption des injections asaprolées, la sécrétion gonorrhéique ne s'est pas reproduite.

En terminant cette première série de recherches au sujet de l'emploi de l'asaprol dans la thérapeutique infantile, je dois remercier ici MM. O'Reilly assistant à mon service et Frédéric Machado, du concours qu'ils ont bien voulu me prêter, ainsi qu'à mon collaborateur Moncorvo fils, mon chef de clinique.

CONCLUSIONS.

De tout ce qui précède, je me crois autorisé à tirer les conclusions qui suivent :

1° Le dérivé soluble du naphtol β introduit dans la thérapeutique par MM. Dujardin-Beaumetz et Stackler sous le nom d'asaprol a été aussi essayé avec succès dans la clinique infantile.

2° Chez les enfants à l'état sain, l'asaprol administré à l'intérieur à des doses variées reste sans influence appréciable sur la température, la chaleur et la respiration. Il n'exerce, d'autre part, aucun effet fâcheux sur l'appareil digestif employé à dose thérapeutique.

3° Essayé chez des enfants affectés de maladies infectieuses aiguës, l'asaprol abaisse plus ou moins vite la température aussi bien qu'il diminue la fréquence du pouls. Au cours de son administration, il survient souvent une transpiration partielle ou générale, plus ou moins abondante en même temps que la quantité de l'urine augmente dans presque tous les cas.

4° Le nouveau médicament est doué encore d'un pouvoir analgésique qui a pu être constaté dans quelques cas chez les enfants.

5° Outre ses propriétés comme antipyrétique, antiseptique et analgésique, possède-t-il de plus un pouvoir hémostatique bien marqué et démontré, tant par l'expérimentation que par la clinique, qui lui assure sous ce rapport une place à côté de l'antipyrine et la thalline.

6° Administré chez des enfants dont l'âge a varié de dix jours à douze ans, à la dose de 25 centigrammes à 3 grammes par vingt-quatre heures, en potion, ce dérivé soluble du naphtol n'a jamais provoqué chez eux ni céphalées, ni vertiges, pas de bourdonnements d'oreille, ni de nausées ou de vomissements ; la tolérance en était donc parfaite. Sa saveur

légèrement amère devenant aussitôt douceâtre le rend d'un usage facile chez les jeunes sujets.

7° Parmi les maladies fébriles de l'enfance où l'asaprol a été essayé, figurent la malaria, la tuberculose à marche aiguë et la broncho-pneumonie.

Dans plusieurs cas de fièvre malarienne se rapportant à des enfants de quinze jours à douze ans, le médicament se montra d'une efficacité toute particulière. La chaleur s'abaissait parfois très promptement, la peau se couvrait de sueur, la diarrhée augmentait, le foie et la rate se dégonflaient, les troubles digestifs s'amendaient en même temps que le petit malade devenait plus calme et dormait mieux.

Dans les autres affections où le résultat fut à peu près négatif, on a vu d'autres agents synergiques tels que la quinine, l'antipyrine, le phénocolle, étudiés comparativement chez le même individu, échouer aussi presque sans exception.

8° Les applications topiques de l'asaprol ont été faites pour le traitement des affections cutanées, de l'oreille, des fosses nasales, de la bouche, de la gorge, dans celui de la vulvo-vaginite, aussi bien que pour l'antisepsie de l'intestin.

9° Dans ces applications locales, il a fort bien réussi comme antiseptique hémostatique et cicatrisant. Les sécrétions morbides s'arrêtent, deviennent inodores, et la réparation des surfaces abcesées s'opère en général assez promptement. Il a été, pour cela, employé sous la forme de solution aqueuse de 1 à 4 pour 100 d'après le cas, soit mêlé avec la vaseline ou la lanoline, soit encore dissous dans un vernis d'après la méthode adoptée pour l'acide phénique par M. Berlioz (de Grenoble).

10° Essayé pour la première fois dans le traitement de la coqueluche sous la forme d'une solution aqueuse à 1 pour 100 dont on badigeonne plusieurs fois dans la journée la région périglottique, l'asaprol amena, presque sans exception,

la disparition assez prompte du mal, ce qui n'a fait que confirmer le résultat des expériences pratiquées *in vitro* d'après lequel l'agent en question empêche le développement du microgerme de la coqueluche dans son milieu de culture.

APPENDICE.

Un confrère distingué, M. le docteur Antero Manhães, de Campos, qui a été témoin, dans mon service, du succès de mes premiers essais de l'asaprol dans le traitement de la malaria infantile, a bien voulu m'adresser trois observations concernant les résultats qu'il a obtenus à la suite de ce médicament chez des adultes affectés de fièvre palustre, maladie qui règne endémiquement dans la localité où il exerce.

Je crois donc utile de les résumer ici.

Observation I. — Jean C..., quarante ans, vu pour la première fois le 28 août 1894. Antécédents personnels : syphilis et ankylostomiase. Depuis trente jours environ, accès quotidiens de fièvre précédés de frissons. Bouche amère. État saburral. Perte de l'appétit. Hépatalgies. Insomnies. Dernièrement, vomissements alimentaires. Maigreur. Pâleur. Accablement. Foie et rate hypertrophiés. On lui prescrit de l'asaprol à la dose journalière de 3 grammes.

Le 29 août, plus de vomissements ni d'hépatalgie. Le malade se montre très satisfait. Sommeil prolongé. Plus d'accès. Température rectale, 36 degrés.

On répète le médicament à la dose de 2 grammes.

Le 30 août, hier soir, un accès précédé de frisson. Sommeil moins calme que les nuits antérieures. Les vomissements ne se reproduisirent plus. Foie réduit de volume. Constipation. Température anale, 36 degrés. Purgatif salin suivi de l'emploi de l'asaprol à la dose de 3 grammes.

Le 31 août, température anale, 36°,2. Le malade fait une promenade à pied.

État saburral presque complètement éteint. Le foie et la rate assez dégonflés. Pas d'accès.

Asaprol, 2 grammes.

Le 1er septembre, amélioration marquée. Plus d'accès et à peine des digestions quelque peu laborieuses. On suspend alors l'administration de l'asaprol et on le soumet à un traitement adressé contre sa dyspepsie, qui est du reste très ancienne.

Observation II. — Catherine M..., habitant la ville de Campos, âgée de soixante ans, s'est présentée à la consultation le 4 septembre 1894. A partir de quinze jours, accès de fièvre survenant tantôt le matin, tantôt l'après-midi, se traduisant par les trois stades de frisson, chaleur et sueur. Bouche amère. Langue très chargée. Pas d'appétit. Foie très engorgé et douleurs à la palpation et à la percussion. La malade, qui porte les signes d'une artério-sclérose, est souvent prise de crises d'asthme. Au moment de l'examen, la température axillaire est de 37°,6.

Calomel. Asaprol à la dose journalière de 6 grammes.

Le 6 septembre, la fièvre n'a plus reparu. Langue plus nette. Le foie assez dégonflé. L'appétit commence à renaître. Aussi la malade a bien dormi les dernières nuits.

Asaprol, 2 grammes.

Le 7 septembre, plus de traces des manifestations paludéennes; la malade n'a plus eu d'accès. On suspend l'administration du médicament.

Observation III. Benedicto, trente-trois ans, laboureur, habitant sur le bord d'une rivière. Examiné pour la première fois le 3 septembre 1894. Pendant les sept dernières nuits, des accès de fièvre assez marquée, précédés de frissons suivis d'une transpiration copieuse s'accompagnant d'une céphalée très vive et parfois encore d'épistaxis. Langue couverte d'un enduit blanchâtre et épais. Inappétence. Foie très augmenté et sensible à l'exploration. Rate non tuméfiée. Quelques râles bronchiques épars des deux côtés. Température anale, 38 degrés. Un vomitif

d'ipéca suivi de l'administration de l'asaprol à la dose de 3 grammes par vingt-quatre heures.

Le 4 septembre, température rectale, 38°,6. Effet satisfaisant du vomitif. Céphalalgie amendée. Cessation de l'épistaxis. Meilleur appétit. On répète l'asaprol toujours à la même dose.

Le 5 septembre, température anale, 37°,4. Foie presque tout à fait revenu à ses dimensions normales et non plus douloureux. Réduction notable des râles. Disparition définitive de la céphalalgie. Même traitement.

Le 7 septembre, la fièvre ne se renouvela plus. Bonnes nuits. Réapparition de l'appétit. On cesse l'emploi du médicament.

Ce sont donc là trois nouveaux faits qui viennent confirmer le résultat de mes observations recueillies sur les enfants affectés de malaria, ce qui doit attirer sûrement l'attention des praticiens qui exercent dans les régions où sévit cette maladie. Le médicament a été aussi bien supporté par les adultes que par les enfants, et aucun accident fâcheux n'a pu lui être jusqu'ici rapporté.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique médicale.

Traitement de l'adénopathie bronchique chez les enfants. — Résultats du traitement de la tuberculose par le fluorure. — Traitement de l'asthme chez les enfants. — Traitement de l'ascite par le régime sec. — Action thérapeutique des courants à haute fréquence. — Traitement électrothérapique des vomissements incoercibles de la grossesse. — Stomatite mercurielle tardive.

Traitement de l'adénopathie bronchique chez les enfants (Jules Simon, leçon de clinique de l'Hôpital des enfants). — Plus fréquente qu'on ne pense, cette affection doit être considérée de nature inflammatoire ; elle provoque de la dyspnée et des toux quinteuses coqueluchoïdes, c'est elle qui provoque les toux spasmodiques prises pour des coqueluches irrégulières, sans *siffle-*

ment. Les enfants atteints d'adénopathie bronchique peuvent être atteints de complications broncho-pulmonaires.

Aussi la première mesure doit-elle être de tenir les petits malades à la chambre pendant un mois à six semaines, comme pour les convalescents de fièvres éruptives.

Traitement. Chaque matin, un verre à bordeaux d'eau du Mont-Dore ou d'eau sulfurée quelconque, à jeun, avec un peu de lait chaud. Huile de foie de morue ; arséniate de soude pendant les repas (1 à 2 milligrammes par jour), médication phosphatée après quinze jours de traitement arsenical. Eau de goudron ou terpine. Comme calmants, teinture de belladone (2 à 3 gouttes) et alcoolature de racine d'aconit (2 à 3 gouttes), sirop de codéine. Révulsion à l'iode ou l'huile de croton sur la région malade. S'il est possible, saison au Mont-Dore, dont l'effet est toujours excellent et consolide la guérison, ou, pour les enfants d'un certain âge, à une station sulfurée.

Résultats du traitement de la tuberculose par le fluorure de sodium (Bourgeois, Académie royale de Belgique, février 1895). — Le fluorure de sodium, après l'insuccès des inhalations fluorhydriques, insuccès constaté il y a déjà cinq ans, a été déjà souvent essayé avec des résultats divers. Bourgeois, de Tourcoing, constate dans son travail, que l'acide fluorhydrique en inhalations n'a pu lui procurer que des améliorations, mais il affirme que le fluorure de sodium, employé à la dose de 1 dixième de milligramme (au début) jusqu'à 5 milligrammes par jour, a permis de constater des *guérisons* dans 9 cas bien établis. La guérison de la tuberculose étant fort difficile à constater, en raison des difficultés du diagnostic, nous n'insistons pas. On peut cependant retenir le fait matériel cité par Bourgeois : le bon effet obtenu par la médication.

Quant à la dose, on peut la trouver faible, car on a pu donner des doses de 50 centigrammes et jusqu'à 2 grammes de fluorure de sodium, sans aucun inconvénient.

Traitement de l'asthme chez les enfants (Dr E. Périer, in *Journal de médecine de Paris*, mars 1895).

I. Crise d'asthme simple.

1° Donner de l'air, en ouvrant les fenêtres, sans produire de courants d'air, et appliquer des cataplasmes sinapisés ou des sinapismes sur les membres.

2° Si l'on ne peut ouvrir les fenêtres, ou si le moyen n'a pas réussi, faire des fumigations de datura, de papier nitré, ou verser quelques gouttes de pyridine, d'éther, d'iodure d'éthyle (pour des adolescents), dans le voisinage du petit asthmatique, sur un mouchoir ou dans une soucoupe. J'ai souvent soulagé des asthmatiques qui vivaient dans une atmosphère surchauffée et sèche, en plaçant sur une lampe à alcool une grosse bouillotte contenant en ébullition permanente de l'eau et des feuilles d'eucalyptus.

3° Donner la potion suivante par cuillerée à dessert, de quart d'heure en quart d'heure :

Teinture de belladone	v à x	gouttes.
— de *Grindelia*	x à xx	—
— de *Lobelia inflata*	xx à xxx	—
Sirop d'éther.................	10 à 20	grammes.
— de fleurs d'oranger...........	20	—
Eau de tilleul.....................	90	—

4° S'il n'y a pas d'amélioration, donner une dose d'antipyrine proportionnée à l'âge (10 centigrammes par an d'âge), d'un seul coup, dans un peu d'eau sucrée.

II. *Crise d'asthme avec bronchite aiguë ou congestion pulmonaire.*

1° Couvrir la poitrine de cataplasmes sinapisés ou de ventouses sèches.

2° Fumigations et inhalations comme pour I.

3° Potion par cuillerée à café, ou à dessert, de quart d'heure en quart d'heure :

Teinture alcoolique de belladone..	v à	x gouttes.	
Sirop d'ipéca................	āā	10 grammes.	
— d'éther................			
— de codéine..............			
— de fleurs d'oranger........		30	—
Eau de tilleul..................		60	—

III. *Asthme spasmodique simple en dehors des crises.*

1° Donner avant les deux repas principaux une cuillerée à café ou à dessert de :

Iodure de potassium............	5 à	10 grammes.	
Sirop de baume de Tolu.......	āā	100	—
— d'écorces d'oranges amères.			

Pendant quinze jours.

2° Pendant les quinze jours suivants, avant les deux repas principaux, une cuillerée à café de :

Arséniate de soude	0g,05
Eau distillée..........................	200 ,00

Dans un peu d'extrait de malt ou de bière amère.

3° Deux jours par semaine, suspendre le traitement et donner, le matin, dans un peu d'eau sucrée, une cuillerée à café de la poudre laxative suivante :

Soufre sublimé	āā 15 grammes.	
Crème de tartre..............		
Magnésie....................		
Essence d'anis.................	1	—

4° Alimentation simple, d'où seront exclus les mets épicés ou de haut goût, le poisson, etc.

5° Frictions le matin, sur tout le corps, au gant de flanelle ou de crin.

6° Exercice au grand air le plus possible.

7° L'été, une saison au Mont-Dore ou aux Pyrénées.

IV. *Asthme avec bronchite chronique et emphysème.*

1° Traitement 1° et 2° de III.

En outre :

2° Le matin, pendant quinze jours, un quart de verre d'eau de Labassère dans du lait chaud.

3° Pendant les quinze jours suivants, une cuillerée à dessert, matin et soir, du sirop suivant dans du lait :

Iodure de calcium..............	5 à	10 grammes.
Sirop de Tolu................	ãa	100 —
— de capillaire............		
— de codéine..............	30 à	50 —

4° Tous les deux jours, badigeonner la poitrine, alternativement en avant et en arrière, avec de la teinture d'iode.

5° Bains d'air comprimé.

6° En été, cure d'air dans une altitude moyenne ou saison à Allevard, Cauterets, Eaux-Bonnes, Enghien, Saint-Honoré, le Mont-Dore, la Bourboule.

V. *Asthme chez les cardiaques.*

1° Traitement général comme pour III, en insistant sur l'arséniate de soude, vingt jours par mois pour dix jours de la préparation iodurée.

2° Pendant la période des accès, donner deux fois par jour :

Chlorhydrosulfate de quinine, 10 à 25 centigrammes, en cachet, lavement ou suppositoire, ou la potion suivante :

Chlorhydrosulfate de quinine....	0g,20 à	0g,40
Sirop de groseille.....................		30 ,00
Eau distillée..........................		60 ,00

Une cuillerée à dessert d'heure en heure, et les petits moyens indiqués pour I.

VI. *Asthme des foins.*

1° Pendant les accès, introduire dans les narines un tampon d'ouate hydrophile imbibée du mélange :

Chlorhydrate de cocaïne................	0g,05
Eau distillée de laurier-cerise...........	10 ,00

Huchard conseille de faire des insufflations dans les narines, plusieurs fois par jour, avec la poudre composée :

Sulfate de quinine................	3	grammes.
Benjoin pulvérisé.................	6	—

2° Donner la potion :

Antipyrine............... 0g,50 à	1	gramme.
Sirop de fleurs d'oranger...........	30	—
Eau distillée......................	90	—

Une cuillerée à dessert de demi-heure en demi-heure.

Ou la potion à la quinine comme pour V.

3° Envoyer l'enfant au bord de la mer ou dans les montagnes.

4° Soigner la cause (goutte, névropathie, rhinite hypertrophique).

5° Mont-Dore et la Bourboule.

Traitement de l'ascite par le régime sec (Finsen, *Ugeskrif for Laeger*, 1894, nos 38 et 39). — Ayant essayé en vain tous les remèdes proposés contre l'ascite, dont il est atteint depuis dix ans (affection congénitale du cœur et hydatide du foie), l'auteur se décida à « sécher » l'ascite en introduisant dans le système circulatoire le moins possible de liquide. Pendant neuf jours consécutifs, il ne prit que 400 grammes de liquide par vingt-quatre heures. Le résultat obtenu fut très satisfaisant. Trois à quatre jours après l'institution de ce régime, la diurèse, de 800 grammes par jour qu'elle était au premier jour, monta, du troisième au cinquième jour, jusqu'à 1 100-1 200 grammes, chiffre qu'il n'avait pas atteint pendant des années entières. En même temps, disparition de tous les autres symptômes morbides. Grâce aux précautions prises par lui pour ne pas imbiber par trop ces tissus, il est arrivé à tenir en échec son ascite; dès qu'il la trouve augmentée, il se soumet au régime sec. Pour vérifier par l'expérience l'action du régime sec sur l'ascite, il la reproduisit artificiellement dans l'espace de dix jours et réussit, par le régime approprié, à s'en débarrasser dans le même laps de temps.

L'ascite était-elle énorme et la diurèse peu accusée, l'influence du régime était plus lente à se manifester. Dès que la diurèse atteignait 800 grammes par vingt-quatre heures, on n'eut besoin de recourir qu'à un régime peu sévère pour se débarrasser de l'ascite. Mais dans ces derniers temps, quand la diurèse était tombée à 400-500 grammes par jour, l'auteur fut obligé de se soumettre à un régime très sévère. L'expérience lui a appris que, en cas où il urinait par vingt-quatre heures 500 grammes, il avait à absorber 300 grammes de liquide de moins que quand la diurèse était de 800 grammes par vingt-quatre heures.

Dans ces dernières années, pour activer la résorption de l'ascite, il combina le régime sec avec l'administration quotidienne (ou un jour sur deux) de 7-8 grammes de magnésie calcinée. Grâce à ce traitement, et à des purgatifs pris par lui, son ascite diminua tous les jours de 700 à 800 grammes. Il essaya aussi le régime sec combiné avec l'administration quotidienne de 5 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque ; mais quoique moins fatigant, ce mode de traitement le cédait de beaucoup au régime sec associé à la magnésie. Malgré toutes ces vicissitudes, l'auteur fut à même de vaquer continuellement à son travail.

Quant à l'augmentation de la diurèse qui, presque toujours, était en raison inverse de la quantité de liquide dont était imbibé le corps du malade, l'auteur est enclin à admettre que, en cas de rétention dans le corps d'un liquide se trouvant en communication avec les lymphatiques, son absorption ne se fera que du moment que le sang aura atteint un degré de concentration qui exige impérieusement sa dilution. En règle générale, la diurèse commençait à s'élever quelques jours après l'institution du régime, et ces premiers jours étaient les plus pénibles pour l'auteur : soif extrême, langue sèche et saveur salée de la salive. Tous ces symptômes disparaissaient ordinairement avec l'augmentation de la diurèse, c'est-à-dire vers le troisième ou le quatrième jour. Il est à présumer que le régime sec a pour conséquence l'épaississement du sang qui, une fois ayant atteint un

certain degré, commence à absorber du liquide des lymphatiques. Dès que cette absorption est mise en train, elle s'effectue graduellement, avec une intensité croissante. Grâce à la disparition graduelle de l'ascite, la pression intrapéritonéale exercée par l'ascite sur le foie et les reins diminue à son tour, d'où passage plus libre du sang à travers ces organes. (*Times and Register*, 1895, nº 9, p. 178 et 179.)

Traitement électrothérapique des vomissements incoercibles de la grossesse (Champetier de Ribes, Société médicale des hôpitaux, 8 mars 1895). — Après avoir rappelé les insuccès innombrables éprouvés par les diverses méthodes thérapeutiques proposées, l'auteur rapporte cinq observations de guérison obtenues chez des femmes soumises à la voltaïsation descendante du pneumogastrique droit, d'après la méthode de Gautier et Laaot.

Le pôle positif est placé au-dessus de la clavicule droite, entre les deux chefs du muscle sterno-cléido-mastoïdien ; le pôle négatif près de l'ombilic. Les électrodes sont au charbon et entourés d'amadou. L'intensité du courant varie de 8 à 10 milliampères ; sa durée d'un quart à une demi-heure. Les éléments de la pile doivent être accouplés un à un.

Stomatite mercurielle tardive (Moulin, Thèse de Paris, 1894). — L'apparition de la stomatite après cessation du traitement mercuriel est connue depuis longtemps. Moulin a repris la question et montré que deux causes sont susceptibles d'amener ces stomatites tardives : 1° l'emploi des injections interstitielles de préparations mercurielles qui déterminent des réserves considérables d'agent toxique, dont l'élimination se fera en un temps impossible à prévoir ; 2° le mauvais état de l'appareil rénal.

En conséquence, le médecin doit être prévenu que les syphilitiques rénaux, les cardiaques, doivent être surveillés avec grand soin, non seulement pendant, mais encore après le traitement. De

plus, il est nécessaire de choisir pour ces malades des préparations solubles ingérées et d'éviter les injections, malgré leur commodité.

Thérapeutique chirurgicale.

De l'intervention dans les plaies de l'abdomen. — Contribution au traitement opératoire de la main bote. — Traitement des abcès de l'anus. — Contribution au traitement opératoire de l'arthrite déformante et du rhumatisme articulaire chronique.

De l'intervention dans les plaies de l'abdomen (Schwitz, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 16 février 1895). — Aujourd'hui que la chirurgie abdominale a fait de grands progrès, la question de l'intervention se pose souvent dans les cas de plaies de l'abdomen par armes à feu. Les uns ne veulent intervenir que quand des signes légers de péritonite, faiblesse relative du pouls, facies changé, commencement de météorisme, démontrent l'imminence des troubles inflammatoires; d'autres, parmi lesquels se range Schwartz, veulent l'intervention immédiate, la laparotomie permettant de faire la suture des perforations probables, de nettoyer la cavité péritonéale, et souvent de faire l'extraction du projectile.

A l'appui de cette manière de voir, l'auteur cite l'observation intéressante d'un jeune homme qui, après une plaie de l'abdomen, par une balle de revolver, ne présentait aucune apparence de trajet du projectile; pendant quarante-huit heures, il n'y eut apparence d'aucun phénomène inflammatoire, puis, brusquement, il succomba en quelques heures à une septicémie péritonéale. L'autopsie montra que la balle avait fait cinq perforations de l'intestin dans diverses anses. Chez ce malade, la seule chance de guérison était assurément une intervention immédiate.

Contribution au traitement opératoire de la main bote (Romano, *Archivio di ortopedia*, 1894, fasc. 2 et 3). — La malade, âgée de six ans, était atteinte, du côté droit, de pied bot et

de main bote, avec absence du radius, du premier métacarpien et du pouce. L'humérus droit était, lui aussi, moins développé que celui du côté opposé, de sorte que le raccourcissement total s'élevait à 4 centimètres.

L'opération consista en résection cunéiforme de l'extrémité inférieure du cubitus : ayant alors redressé la main après section préalable du tendon du long palmaire tendu, il réunit les surfaces avivées par un fil d'argent. Il y eut de la suppuration et le fil d'argent, de même qu'une esquille osseuse, furent expulsés. Néanmoins, le résultat obtenu fut satisfaisant, la main ayant conservé sa situation dans l'axe prolongé de l'avant-bras. (*Fortschritte der Medicin.*, 1er avril 1895, n° 7, p. 277 et 278.)

Traitement des abcès de l'anus (Dr Hartmann, chirurgien des hôpitaux, in *Presse médicale*, 23 mars 1895). — L'auteur préconise l'ouverture précoce de ces abcès, le bistouri étant le seul résolutif utile. Il insiste sur la manière d'ouvrir ces abcès de façon à éviter, dans la mesure du possible, la formation secondaire d'une fistule. Pour prévenir la fistule, l'incision doit être large et mettre à découvert toute l'étendue de l'abcès. Il divise ainsi, au point de vue opératoire, les divers types de la suppuration péri-ano-rectales.

Les abcès tubéreux, les abcès phlébitiques circonscrits seront simplement ouverts par une petite incision.

Dans le cas d'abcès sous-cutanéo-muqueux, anesthésie par le bromure d'éthyle seul, dilatation de l'anus, section de toute la hauteur du revêtement cutané ou muqueux correspondant à l'abcès.

Dans les abcès de la fosse ischio-rectale non ouverts dans le rectum, éviter de fendre les tuniques rectales dans toute la hauteur de l'abcès, de manière à ménager, autant que possible, l'appareil musculaire de la région.

Dans les abcès de la variété superficielle par propagation d'une collection primitivement sous-cutanéo-muqueuse ayant contourné le sphincter pour envahir la fosse ischio-rectale, commencer par

le traitement indiqué de la portion sous-cutanéo-muqueuse de l'abcès, puis continuant l'incision parallèlement aux plis rayonnés, fendre la peau et les parties molles qui recouvrent la cavité suppurante jusqu'à la limite externe de celle-ci, compléter au besoin l'intervention par la mise à découvert de tous les diverticules secondaires, fessier et périnéal qui peuvent exciter tous les recoins de l'abcès, ainsi mis à nu sans que l'appareil musculaire anorectal n'ait été intéressé. Tamponner à la gaze iodoformée, placer un drain dans le rectum pour faciliter l'émission des gaz.

Dans les abcès tuberculeux, curetter avec soin les fongosités et faire suivre le curettage de cautérisations au thermo-cautère.

Dans les abcès profonds de la fosse ischio-rectale, faire, en dehors et parallèlement aux fibres du sphincter externe, une longue incision antéro-postérieure; tamponner ensuite la cavité de l'abcès.

Lorsque l'abcès a passé d'une fosse ischio-rectale à l'autre, au-dessus du sphincter externe, il faut faire en arrière, sur la ligne médiane, une incision qui comprend la partie la plus postérieure du sphincter externe, mettre ainsi à découvert la partie moyenne de l'abcès et assurer avec de gros drains s'écartant en V, vers chacune des fosses ischio-rectales, l'écoulement fourni par les cavités suppurantes. Pour éviter le déplacement des drains, on peut les fixer aux lèvres de la plaie avec un gros crin.

Le traitement des abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur diffère suivant leur siège.

Dans le cas de prostatite suppurée, il faut aller franchement par le périnée à la recherche de l'abcès en pratiquant l'incision de la taille prérectale.

Dans l'abcès à point de départ rectal, l'incision doit être en rapport avec le siège de la collection, sans inciser les parois rectales.

Certains abcès occupant l'étage supérieur du périnée peuvent être ouverts par une incision curviligne encadrant un des segments inférieurs de l'anus.

Le plus souvent, c'est à l'incision médiane postérieure que l'au-

teur a recours. Fendant le sphincter externe sur la ligne anococcygienne, on arrive entre le releveur et le rectum, pouvant s'engager aussi bien d'un côté que de l'autre et établir ainsi un drainage déclive des collections développées dans l'espace pelvirectal. S'il existe une perforation de l'intestin, alors seulement l'incision de toutes les tuniques intestinales sera utile et devra remonter jusqu'à la perforation.

Une incision médiane postérieure permet également d'ouvrir, sans intéresser les tuniques rectales, les collections développées dans l'espace urétro-rectal, au niveau des ganglions du mésorectum.

Contribution au traitement opératoire de l'arthrite déformante et du rhumatisme articulaire chronique (W. Müller, *Archiv für klinische Chirurgie*, Bd. XLVIII, p. 1-39). — C'est une question déjà assez longtemps débattue que celle qui a trait au traitement chirurgical de l'arthrite déformante et du rhumatisme articulaire chronique. Dans les cas graves, on pratiquait déjà jadis la résection des articulations atteintes. Tout récemment, Zesas s'est prononcé pour la résection de l'articulation de la hanche dans l'arthrite déformante. D'après lui, cette opération ferait cesser les douleurs et arrêterait la marche envahissante de l'affection, mais les résultats seraient peu encourageants quant aux fonctions de l'articulation réséquée. Cornils, tout en confirmant les données du dernier auteur quant à l'effet de l'opération sur les douleurs, s'appuie sur les faits rassemblés dans la littérature, et personnels, pour montrer que les résultats fonctionnels ne sont pas si mauvais que le prétendait Zesas. Müller rapporte en détail deux observations personnelles de résection de l'articulation du bassin dans l'arthrite déformante. Dans le premier cas, il s'agit d'un ouvrier de trente-huit ans tombé sur la hanche et ne pouvant marcher qu'avec peine ; après la résection, il était de nouveau à même de s'adonner au travail et la marche devint indolore. Même résultat favorable dans le second cas.

L'auteur a aussi opéré deux cas d'arthrite déformante de l'articulation du genou (arthrectomie et enlèvement à la gouge des excroissances des bords). Comme résultats, guérison avec des articulations mobiles. La mobilité, dans un de ces cas, était telle, que le membre pouvait être étendu normalement et que la flexion allait jusqu'à 120 degrés ; dans l'autre cas, la mobilité était tout à fait normale. Dans le premier cas, la mobilité n'était en rien entravée par un épaississement monstrueux des extrémités articulaires du fémur et du tibia. La résection de l'articulation du genou eut pour résultat l'ankylose (Riedel, Bose et deux cas très réussis de Helferich). Les résultats obtenus par Müller, quant à la mobilité des articulations opérées, sont de nature à encourager les interventions chirurgicales en cas d'arthrite déformante de l'articulation du genou.

Trois opérations pratiquées dans l'arthrite déformante de l'articulation carpo-métacarpienne ont donné à Müller des résultats satisfaisants.

Quant aux quatre cas de rhumatisme articulaire chronique opérés par lui, si les douleurs ont disparu dans tous les cas, les résultats fonctionnels furent variables d'un cas à l'autre.

Tout en admettant, avec Schüller, qu'il y a lieu de supposer qu'à l'avenir la chirurgie occupera une place plus prépondérante dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique, il avoue néanmoins qu'à l'heure qu'il est, il serait désirable d'avoir à sa disposition des observations plus nombreuses et plus longtemps suivies (*Fortschritte der Medicin*, 1895, n° 7, 1er avril, p. 276 et 277).

L'administrateur-gérant, O. DOIN.



HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

(6 mai 1895)

Les glycérophosphates ;

Action sur la nutrition, indications thérapeutiques, mode d'administration ;

Par Albert Robin,
de l'Académie de médecine.

I. La médication glycérophosphatée.

Le 24 avril 1894, j'ai fait à l'Académie de médecine une communication préalable sur l'emploi thérapeutique des glycérophosphates, qui jusque-là n'avaient jamais été utilisés comme agents médicamenteux.

Cette médication nouvelle, dont je poursuivais l'étude depuis six années, est pleine d'avenir, puisqu'elle vise un but de la plus haute importance pratique : celui d'exercer sur la nutrition du système nerveux une action élective.

J'ai été conduit à étudier la valeur thérapeutique des glycérophosphates au cours de travaux sur la neurasthénie, en constatant que certains malades éliminaient par l'urine des quantités relativement considérables de phosphore en combinaisons organiques, qui, toutes choses étant égales d'ailleurs du côté de l'alimentation, me semblait provenir d'une dénutrition exagérée de la lécithine nerveuse. On sait, en effet, que la plus grande partie du phosphore en combinaison organique dans l'urine s'y trouve à l'état d'acide glycérophosphorique, et que ce corps est un des éléments de la lécithine qui entre pour une si grande part dans la constitution du système nerveux.

Comme, d'autre part, l'assimilation des phosphates médicamenteux actuellement en usage ne s'effectue qu'avec la plus grande difficulté, je supposai qu'en fournissant à l'organisme

du phosphore en une combinaison organique aussi rapprochée que possible de celle qu'il affecte dans le système nerveux, on obtiendrait des effets plus marqués, plus constants, avec une élection possible sur l'appareil de l'innervation.

Les premières recherches expérimentales et cliniques auxquelles je me suis livré m'ont d'abord démontré que les glycérophosphates pourraient être avantageusement employés dans tous les cas où il s'agissait de relever la nutrition nerveuse défaillante et d'en stimuler l'activité.

Il venait immédiatement à l'esprit l'idée de comparer les effets des glycérophosphates avec ceux obtenus par les injections de liquide testiculaire. Aussi bien, le phosphore en combinaison organique est l'un des principes essentiels, sinon l'élément le plus important de ce liquide, et n'est-il pas permis de supposer que ce qui agit dans le liquide testiculaire, c'est précisément ce phosphore organiquement combiné. D'où, la conclusion bien simple de remplacer le liquide en question par les injections sous-cutanées de glycérophosphates, sans qu'il soit besoin d'insister davantage pour établir les avantages de cette substitution, puisqu'on remplace une préparation incertaine, variable, éminemment altérable, par un produit parfaitement défini et d'un dosage facile.

Ces premières constatations faites, il fallait régler le mode d'emploi, les indications et les contre-indications de ces nouveaux médicaments.

Au lieu de m'en tenir à la simple constatation des résultats cliniques et d'accumuler des statistiques d'une portée tout individuelle et qui eussent aussitôt provoqué des statistiques contradictoires, j'ai eu recours à la *méthode analytique* que j'ai introduite dans les études de thérapeutique, et qui consiste à prendre les effets du médicament sur les échanges pour guider, pour fixer leurs indications. Car la connaissance de l'action d'un médicament sur les échanges

implique d'une façon presque absolue la notion de ses effets thérapeutiques, et l'effet physiologique étant connu, on peut pressentir et parfois mathématiquement déterminer les indications et les contre-indications du médicament étudié.

Sans insister sur les avantages de cette méthode, rappelons seulement qu'elle m'a permis de régler l'emploi de nombreux agents médicamenteux, parmi lesquels le jaborandi, l'acide phénique, l'acide benzoïque et les benzoates, l'antipyrine, la thalline, la balnéation chlorurée sodique, etc. (1). — Appliquée aux glycérophosphates, ses résultats ont été tout aussi fructueux. Une fois de plus, la clinique a pleinement confirmé les inductions de la physiologie.

II. ACTION DE LA MÉDICATION GLYCÉROPHOSPHATÉE SUR LES ÉCHANGES ORGANIQUES.

A. ÉCHANGES GÉNÉRAUX. — Nos recherches ont porté sur huit sujets. Les injections sous-cutanées de glycérophosphate de soude ont augmenté la *quantité* d'urine cinq fois. Deux fois, il y a eu légère diminution, et, une seule fois, état stationnaire avec tendance à l'augmentation. En général, la *densité* baisse quand la quantité s'élève. Quant aux *matériaux solides*, ils ont augmenté cinq fois sur sept, et diminué deux fois. En résumé, *augmentation de la quantité et des matériaux solides, ce qui indique une accélération de la nutrition totale.*

Sur quoi porte cette accélération ? Est-ce sur les *échanges*

---

(1) *Études sur le jaborandi* (*Bulletin de thérapeutique*, 1874-1875); *l'Acide phénique et la fièvre typhoïde* (*Académie de médecine*, 1884); *l'Antipyrine, son action sur la nutrition, ses indications thérapeutiques* (*Ibid.*, 1887); *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales* (Paris, 1887); *Action physiologique de la thalline, ses contre-indications thérapeutiques* (*Archives de physiologie*, 5e série, t. Ier, p. 669); *la Balnéation chlorurée sodique, ses effets sur la nutrition, ses nouvelles indications* (*Académie de médecine*, 1891).

organiques ou inorganiques? Il semble que les deux ordres de principes participent à l'accélération, avec une certaine prédominance pour les principes inorganiques, puisque ceux-ci ont augmenté six fois sur sept ainsi que le coefficient de la déminéralisation totale. *Donc, les échanges organiques et inorganiques sont accrus, et ces derniers d'une manière peut-être plus constante.*

TABLEAU N° I. — *Variations des échanges généraux.*

MALADIES.	QUANTITÉ		DENSITÉ		MATÉRIAUX SOLIDES.		MATÉRIAUX ORGANIQUES.		MATÉRIAUX INORGANIQUES.		COEFFICIENT DE DÉMINÉRALISATION.	
	Av.	Ap.	Av.	Ap.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.
	c. c.	c. c.										
Rhumatisme chronique.	970	1340	1024	1019	48.50	50.90	23.75	24.75	24.75	26.15	51 »	51.2
Néphrite interstitielle légère ...	1415	1300	1023.5	1025	70.65	67.80	46.25	42.45	24.40	25.25	34.5	37.1
Idem.	1720	1915	1021	1021	74.20	82.80	49.29	53.07	24.91	29.23	33.5	35.5
Tabes dorsal	800	1000	1025	1017	36 »	40.70	28 »	30 »	8 »	10 70	22.2	26.2
Idem.	1500	2400	1015	1015	55.05	82.78	35.79	54.72	19.26	28.08	35 »	33.9
Paralysie toxique...	1500	1800	1027	1015	78.60	52.02	53.85	33.12	24.75	18.90	31.5	30.3
Maladie d'Addison..	1700	1600	1014	1013	42.67	50.88	28 22	33.44	14.45	17.44	33.8	34.1
Etat normal......	1080	1100	1028	1026	»	»	»	»	»	»	»	»

B. ÉCHANGES AZOTÉS. — Voyons maintenant, dans le détail, comment se comportent les *échanges organiques*. Voici les résultats du tableau n° 2.

	Augmenté.	Stationnaire.	Diminué.
Azote total..................	5 fois.	0 fois.	3 fois.
Urée.......................	4 —	2 —	2 —
Acide urique................	2 —	4 —	1 —
Matières extractives azotées....	5 —	0 —	2 —
Matières ternaires............	4 —	0 —	3 —
Coefficient d'utilisation azotée..	5 —	1 —	2 —
Acide urique : urée..........	2 —	0 —	5 —

L'azote total et l'urée présentent une tendance à l'augmentation, ainsi que les matières extractives azotées; il y a

donc, en général, *suractivité dans les échanges azotés.* L'acide urique tend plutôt à diminuer, ce que corrobore la diminution de son rapport avec l'urée. Enfin, le *coefficient d'utilisation azotée* augmente dans tous les cas où il était abaissé. Il ne fléchit que dans les cas où il dépassait la normale. Quant aux *matières ternaires*, comme elles sont calculées par différence, elles condensent toutes les erreurs d'analyse, ce qui rend difficile l'interprétation de leurs variations.

En résumé, *augmentation des échanges azotés, meilleure utilisation des produits azotés désintégrés et tendance à la diminution de l'acide urique.*

TABLEAU N° II. — *Variations des échanges azotés.*

MALADIES.	AZOTE TOTAL.		URÉE.		ACIDE URIQUE.		MATIÈRES extractives AZOTÉES.		MATIÈRES TERNAIRES.		Coefficient D'UTIL. AZOTÉE.		RAPPORT DE L'ACIDE URIQUE A L'URÉE.	
	Avant	Après.	Av.	Apr.	Av.	Apr	Av.	Apr	Av.	Apr.	Av.	Ap.	Av.	Après.
											°/o	°/o		
Rhumatisme chronique..........	8.160	9.812	13.40	16.45	0.63	0.49	5.151	5.916	4.57	1.90	76.4	78.3	1 : 21	1 : 43
Néphrite interstitielle légère....	17.85	18.914	16.17	16.21	0.65	0.80	4.25	7.31	4.25	»	90 8	85.8	1 : 53	1 : 43
Néphrite interstitielle légère.....	17.89	16.86	38.35	36.13	0 78	0 69	6 87	8.79	2 28	6.85	86 8	83.8	1 : 49	1 : 52
Tabes dorsalis....	12 056	11.304	21.60	21.53	0 304	0.210	5 62	3.55	0.47	4 70	83.3	88.8	1 : 71	1 : 102
— — ...	8.29	21.72	13.76	39.30	0.585	0 624	5.24	9.39	16.20	5.32	77.4	84.7	1 : 23	1 : 63
Paralysie toxique.	20 74	9.50	37 54	17.43	0.450	0.450	9.22	3.65	6 63	11.58	84.4	85 6	1 : 83	1 : 38
Maladie d'Addison	9.826	11 44	18 32	21 20	0.395	0.512	2 96	4.29	6.35	7.41	86.0	86.3	1 : 30	1 : 48
Etat normal	13.557	20.057	23.20	36.73	»	»	»	»	»	»	79.0	85.4	»	»

Pour bien mettre en relief cet accroissement des échanges azotés, j'ai institué l'expérience suivante dont on trouvera les résultats chiffrés dans le tableau n° VI. Un individu de trente-trois ans, chaudronnier, entre à la Pitié le 26 décembre, pour une anémie profonde consécutive à des pertes de sang hémorroïdales. Sous l'influence

d'un traitement approprié, les hémorragies s'arrêtent rapidement, et le malade soumis alors à la médication ferrugineuse s'améliore assez en un mois pour être en état de reprendre son travail; il a augmenté de 3kg,250. A ce moment (6 février), on lui injecte chaque jour, pendant trois jours, 50 centigrammes de glycérophosphate de soude en solution aqueuse stérilisée. Les aliments sont pesés et les urines analysées du 3 au 12 février. Avant l'expérience, le sujet utilisait 63,7 pour 100 de l'azote ingéré. Pendant l'expérience, l'azote utilisé s'élève à 85,8 pour 100, et monte à 92,9 pour 100, après l'expérience. Le coefficient d'oxydation azotée suit la même marche ascendante et s'élève de 79,9 pour 100 à 83,1 pour 100, puis à 85,4 pour 100.

TABLEAU N° III. — *Variations des échanges du soufre.*

MALADIES.	ACIDE sulfurique total.		SOUFRE incomplètement oxydé (1).		ACIDE sulfurique conjugué.		ACIDE sulfurique préformé.		COEFFICIENT d'oxydation du soufre.		RAPPORT de l'acide sulfurique à l'azote total.		RAPPORT de l'acide sulfurique conjugué à l'acide sulfurique total	
	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.
									%	%	%	%	%	%
Rhumatisme chronique.........	0.89	2.18	»	»	»	»	»	»	»	»	10 »	22.2	»	»
Tabes dorsalis....	2.334	3 120	0.238	0.521	0.008	0.219	1 908	2,380	89.8	83.4	19 2	27 6	4.1	0 9
Tabes dorsalis....	3.555	6.732	0.498	0.677	0.435	0.252	2.622	5 803	86 »	90 »	42.8	31 »	12.2	3.7
Paralysie toxique.	5.235	3.929	0 870	0 477	0.225	0.289	4 140	3.263	83 4	87.9	25.2	41.3	4 20	4 8
Maladie d'Addison.	2.558	3.262	0.321	0.344	0.156	0.147	2.081	2.771	87.5	89.5	26 »	28.5	6.1	4.5

(1) En acide sulfurique.

Il y a donc, non seulement meilleure évolution de l'azote désintégré, mais aussi assimilation plus complète de l'azote ingéré.

La nutrition azotée est améliorée aussi bien dans son

courant d'assimilation que dans ses actes désassimilateurs.

C. Échanges du soufre. — Nous avons vu que les échanges inorganiques étaient accrus d'une manière presque constante. Mais ceci s'applique à ces échanges pris en bloc. Il faut donc rechercher quels sont parmi les principes inorganiques ceux qui subissent l'influence la plus manifeste.

L'*acide sulfurique total* augmente ainsi que le *coefficient d'oxydation du soufre*, dans le plus grand nombre des cas. Il en est de même du rapport de l'acide sulfurique total à l'azote total.

Par conséquent, il se produit une augmentation dans les échanges des organes riches en soufre, tels que le foie, par exemple, et l'évolution des produits sulfurés se fait d'une manière plus complète ; donc, augmentation à la fois des échanges et de l'utilisation des produits échangés.

Quant à l'*acide sulfurique conjugué*, ses variations défient toute catégorisation ; ce qui démontre, au moins, que les injections sous-cutanées de glycérophosphate de soude n'influencent point les fermentations intestinales.

Tableau n° IV. — *Variations des échanges du chlore.*

Maladies.	Chlorure de sodium.		Rapport du chlore à l'azote total.	
	Avant.	Après.	Avant.	Après.
			%	%
Rhumatisme chronique........	17.45	19. 2	129 »	117 »
Néphrite interstitielle légère..	15 85	16.90	53.9	54
Néphrite interstitielle légère .	14.03	17.22	41 2	51.8
Tabes dorsalis................	1.60	2.50	8 »	13.4
Tabes dorsalis	10.50	13.44	76.9	37.6
Paralysie toxique..	12. »	10.81	35.1	68 9
Maladie d'Addison.	9.35	11 04	57.9	58.6

D. Échanges du chlore. Le *chlorure de sodium* augmente six fois sur sept. Le rapport du chlore à l'azote total ne pré-

sente aucune régularité, et l'on ne peut tirer aucune indication de ses oscillations. Comme l'on ne rend de chlorure de sodium que dans la proportion où l'on en ingère, ceci prouve que le glycérophosphate de soude augmente l'appétit, ce qui est d'ailleurs conforme à l'observation clinique.

E. Échanges du phosphore. — Passons maintenant à l'*acide phosphorique*. Sa tendance générale est de rester stationnaire ou de n'augmenter que dans de faibles proportions. Il n'a diminué que dans une observation de paralysie oxycarbonique, où l'intoxication avait très profondément troublé les

Tableau n° V. — *Variations des échanges du phosphore.*

MALADIES.	Acide phosphorique total.		Acide phosphorique des phosphates alcalins.		Acide phosphorique des phosphates terreux.		Rapport de l'acide phosphorique des phosphates terreux à l'acide phosphorique total.		Rapport de l'acide phosphorique total à l'azote total.	
	Av.	Ap.	Av.	Ap.	Av.	Ap.	Av.	Apr.	Av.	Apr.
							°/o	°/o	°/o	°/o
Rhumatisme chronique.........	1.43	2.02	0.93	1.35	0.50	0 67	34.9	33 2	17.4	20.6
Néphrite interstitielle légère...	3.50	3.77	2.50	2.70	1 »	1.07	28.5	28.3	19.6	19.9
Néphrite interstitielle légère....	3.78	3.65	2 98	2 86	0.80	0.79	21.7	21.7	18.3	18.1
Tabes dorsalis...	2 »	2.35	1.52	1 90	0 48	0.45	24 »	19.1	16.5	20.7
— — ...	2 47	2.64	1 95	1 68	0.53	0 96	21.2	36 7	29.8	12.1
Paralysie toxique.	2.325	1.44	1.575	1 17	0.75	0.27	32.3	18.7	11.2	15.1
Maladie d'Addison	1.445	1.44	1.275	1 12	0.17	0.32	11.7	22.2	14 6	12.6
Etat normal.....	1.491	1.78	»	»	»	»	»	»	10.8	9 »

échanges. Les augmentations sont, en général, de peu d'importance; et cinq fois sur huit, le rapport de l'acide phosphorique total à l'azote total diminue, ou tout au moins ne varie pas. Il en résulte que *les glycérophosphates ne tendent pas à activer la dénutrition des organes riches en phosphore; mais que, bien au contraire, ils agissent sur eux comme un moyen d'épargne.*

Ce qui se dégage encore nettement du tableau n° V, c'est que le rapport de l'acide phosphorique lié aux terres à l'acide phosphorique total reste stationnaire ou s'abaisse cinq fois sur sept cas. Je verrai tout à l'heure s'il est possible de se servir de cette donnée, lorsque j'envisagerai les variations respectives de la chaux et de la magnésie.

TABLEAU N° VI. — *Variations du phosphore organique, de l'assimilation et de la désassimilation de l'azote et du phosphore.*

DÉSIGNATION.	AVANT L'EXPÉRIENCE. Moyennes de trois jours.	INJECTION SOUS-CUTANÉE d'une dose de 0,50 de glycéro-phosphate de soude. Moyennes de trois jours.	APRÈS L'EXPÉRIENCE. Moyennes de trois jours.
Azote des ingesta	21.27	22.15	21.58
Acide phosphorique des ingesta	4.60	5.10	5.20
Azote total	13.557	18.010	20.057
Urée	23.200	32.070	36.730
Acide phosphorique total	1.491	1.451	1.780
Acide phosphorique organique	0.0558	0.0591	0.0454
Coefficient d'utilisation azotée	79.9 0/0	83.1 0/0	85.4 0/0
Rapport de l'acide phosphorique organique à l'acide phosphorique total	3.8 0/0	4.07 0/0	2.55 0/0
Rapport de l'acide phosphorique total à l'azote total	10.8 0/0	8.6 0/0	9 0/0
Rapport de l'acide phosphorique organique à l'azote total	0.410	0.327	0.220
Azote utilisé en 0/0	63.7 0/0	85.8 0/0	92.9 0/0
Acide phosphorique utilisé en 0/0	32.4 0/0	28.4 0/0	34.2 0/0

Cette question de l'acide phosphorique est si capitale, que je l'ai soumise à un contrôle spécial sur le sujet qui m'a

servi déjà à étudier l'utilisation de l'azote ingéré. Les résultats sont calculés en moyenne et condensés dans le tableau n° VI.

Le premier point qui se dégage de cette expérience, c'est que l'acide phosphorique reste stationnaire pendant l'administration du médicament, quoique la quantité ingérée en soit plus élevée. En même temps, le rapport de l'acide phosphorique ingéré à l'acide phosphorique excrété baisse de 32,4 pour 100 à 28,4 pour 100. Ceci peut s'interpréter de deux façons : ou il y a diminution dans l'assimilation de l'acide phosphorique, ou bien il y a intégration dans l'organisme d'une partie de l'acide phosphorique assimilé. Pour trancher la question, il aurait fallu pouvoir effectuer le dosage de l'acide phosphorique dans les garde-robes ; mais l'irrégularité de celles-ci ne m'a pas permis de rapporter exactement les analyses aux diverses périodes de l'expérience. Quoi qu'il en soit, ce qui est certain, c'est que les actes nutritifs désassimilateurs des organes riches en phosphore, particulièrement du système nerveux, ont tendance à s'atténuer, ce que vient confirmer l'abaissement de 10,8 pour 100 à 8,6 pour 100 du rapport de l'acide phosphorique total à l'azote total.

Quant au phosphore organique, sa quantité totale augmente de 0,003 ; mais ce chiffre est trop faible, étant donné les difficultés du dosage, pour avoir une valeur. Et en admettant qu'il y en eût une, que représente-t-elle vis-à-vis de l'acide phosphorique contenu dans 0,50 de glycérophosphate de soude ? J'ai donc le droit de conclure que le phosphore introduit sous cette forme a été fixé par l'organisme, et cette conclusion est confirmée par deux faits : d'abord, parce que le rapport du phosphore organique à l'azote total baisse de 0,410 pour 100 à 0,327 pour 100, ensuite parce que les chiffres du phosphore organique et de ses rapports subissent, après la fin de l'expérience, un abaissement extrê-

mement sensible. Il n'y a donc point eu rétention du phosphore organique et élimination secondaire.

TABLEAU N° VII. — *Variations des bases inorganiques.*

MALADIES.	CHAUX.		RAPPORT de la chaux à l'azote total.		MAGNÉSIE.		RAPPORT de la magnésie à l'azote total.		POTASSE.		RAPPORT de la potasse à l'azote total.		SOUDE.		RAPPORT de la soude à l'azote total.	
	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Ap.	Av.	Apr.	Av.	Ap.
			%	%			%	%			%	%			%	%
Rhumatisme chronique..	0.430	0.600	5.2	6 1	0 310	0.102	3.7	2	»	»	»	»	»	»	»	»
Tabes dorsalis	0.307	0.355	2.5	3 1	0.178	0 141	1 4	1.2	1.357	2.100	11.2	18 5	0.848	1 105	7 8	9.7
Tabes dorsalis...	0.288	0.888	3 4	4.»	0 151	0 252	1.8	1 1	2.325	8.408	28	15.7	1.177	6 001	50.3	27.6
Paralysie toxique	0.310	0 400	1.49	4 21	0.172	0.170	0.82	1.78	2.550	1.170	12.2	20 7	6 787	4 437	32.7	46
Maladie d'Addison.	0.189	0.202	1.9	1.7	0.129	0 115	1.3	1	2 274	2.013	23.1	17.8	2.150	3.720	22	32.6

Je trouve, dans cette expérience, une preuve nouvelle de l'action d'épargne des glycérophosphates sur le système nerveux, puisqu'ils enrayent la désassimilation et favorisent probablement l'intégration d'une petite portion des phosphates alimentaires. Je dis probablement, parce qu'il manque l'important document de l'analyse des matières fécales, mais on ne contestera pas que la majeure partie du phosphore injecté sous forme de glycérophosphate se soit fixée dans l'organisme.

F. ÉCHANGES CALCIQUES.— Nous allons compléter l'étude de l'action des glycérophosphate sur la nutrition, en examinant de quelle manière ils influencent l'élimination des bases inorganiques.

De quelle façon que l'on considère l'élimination de la *chaux*, soit dans son chiffre absolu, soit dans son rapport à l'azote total (tableau VII), soit dans le pourcentage des principes inorganiques (ta-

bleau VIII), elle est toujours, ou presque toujours, augmentée. C'est là un fait de la plus haute importance, puisqu'il indique évidemment une *suractivité dans les échanges calciques*. Et, comme les os sont les organes calciques par excellence, il est permis d'en déduire une *accélération dans la nutrition osseuse.*

Tableau n° VIII. — *Valeur en centièmes des matériaux inorganiques éliminés.*

Sur 100 parties de matériaux inorganiques éliminés, on trouve :	Rhumatisme chronique.		Néphrite interstitielle. 1		Néphrite interstitielle. 2		Tabes dorsalis. 1		Tabes dorsalis. 2		Paralysie toxique.		Maladie d'Addison	
	Av.	Apr.	Av.	Apr.	Av.	Apr	Av.	Apr.	Av.	Apr	Av.	Apr.	Av.	Apr
Chlore	42.8	14.1	39.3	10.4	34.1	35 7	12 2	14.2	33.2	28.9	29.4	32.5	39.2	38 3
Acide phosphorique	6.6	7.0	14.3	14 8	15.1	12.5	25 »	21.9	12 8	9 4	9.4	7.6	10 »	8 2
Acide sulfurique	3 6	8 3	»	»	»	»	29 1	29 2	18 5	23.8	21 1	20 7	17 6	18 »
Chaux	1 7	2.3	»	»	»	»	3 8	3.3	1 5	3.1	1 2	2.1	1.3	1 1
Magnésie	1.2	0.7	»	»	»	»	2 8	1 3	0 8	0 9	0.7	0 9	0.8	0.6
Potasse	»	»	»	»	»	»	16 9	19.6	12 6	12.1	10.3	10.4	15.7	11 2
Soude	»	»	»	»	»	»	10.6	10.3	21.7	21 3	27.4	23.4	14.9	21.3

Une objection se pose aussitôt : si la nutrition osseuse est accélérée, les échanges phosphorés devraient s'accroître d'une manière équivalente, et nous venons de voir qu'au contraire les glycérophosphates étaient conservateurs du phosphore.

Mais, d'une part, la chaux osseuse est combinée non seulement à l'acide phosphorique, mais aussi à l'acide carbonique, et il se pourrait parfaitement que la suractivité nutritive ne portât que sur le carbonate de chaux. Et, d'autre part, quelle preuve avons-nous que les os fixent directement le phosphate et le carbonate de chaux circulant dans les plasmas et ne forment pas, au contraire, par synthèse, dans leur tissu propre, ces éléments de leur constitution? Je me rappelle d'anciennes

expériences de Papillon, qui, administrant à des animaux de la strontiane, voyait, à la longue, ce principe se fixer dans les os et y prendre la place d'une certaine quantité de chaux, ce qui prouve bien que la cellule osseuse, choisit dans les plasmas ce qui lui convient et édifie elle-même, par son activité propre, les combinaisons minérales qui incrustent l'osséine. Donc, en matière de nutrition osseuse, l'échange calcique et l'échange phosphorique ne vont pas nécessairement de pair, et l'objection que je viens de soulever est facilement rétorquable, sans compter que cette dissociation dans les échanges calcique et phosphorique est un nouvel argument à l'appui des aptitudes synthétiques de la cellule osseuse.

Je conclus donc que notre médication *suractive les échanges calciques de l'organisme, et particulièrement ceux de la substance osseuse, sans influencer d'une manière correspondante les échanges phosphorés du même tissu.*

G. Échanges magnésiens. — Nous allons voir qu'il en est exactement le contraire pour les *échanges magnésiens*. En effet, l'élimination de la magnésie et son rapport à l'azote total diminuent quatre fois sur cinq. Il en est à peu près de même de son pourcentage minéral. Cette différence si nette entre l'élimination de la chaux et celle de la magnésie, paraît, dès l'abord, paradoxale, parce qu'on a l'habitude de considérer ces deux bases terreuses comme liées l'une à l'autre dans les échanges organiques, et, vu cette habitude, on conçoit difficilement que là où sont accrus les échanges calciques, les échanges magnésiens ne suivent pas la même ascension. Et pourtant, ici, les chiffres sont précis et ne laissent aucun doute sur la réalité d'une diminution dans les échanges magnésiens.

Mais, comme je viens de le dire, dans cette manière de voir il n'y a qu'une habitude, et celle-ci ne repose sur aucun fait. La vérité est précisément à l'opposite.

En effet, voici longtemps que M. Gaube (du Gers) poursuit expérimentalement l'étude du sol animal, et a constaté que chaque tissu avait sa dominante minérale. Nous nous sommes assurés, dans un travail fait en commun et encore inédit, que la magnésie était la dominante minérale des bases du système nerveux, et que celle-ci pouvait être considérée comme l'un des témoins de son activité désassimilatrice. En matière de nutrition nerveuse, la question de la magnésie, telle que nous l'avons posée, prend donc une valeur de premier ordre, et ses variations comparées à celles de l'acide phosphorique nous fournissent les renseignements les plus précieux sur les actes chimiques qui s'accomplissent au sein de ce système. J'aurai bientôt l'occasion de revenir sur ces faits que je me borne à indiquer sommairement ici.

Dans le cas actuel, je vois donc en cette diminution des échanges magnésiens une preuve nouvelle de l'abaissement des actes désassimilateurs de la substance nerveuse, et par conséquent de cette action d'épargne des glycérophosphates que j'ai précédemment établie.

H. Échanges potassiques et sodiques. — Les variations de la *soude* sont dans le sens de l'augmentation. Celles de la *potasse* sont trop irrégulières pour prêter à une interprétation quelconque.

III. Résumé de l'action physiologique des glycérophosphates sur les échanges organiques.

Résumons maintenant, sous forme de propositions, afin d'en tirer tout à l'heure des indications thérapeutiques, les faits d'ordre physiologique qui viennent d'être acquis.

Les glycérophosphates en injections sous-cutanées — et j'ai des faits nombreux démontrant qu'il en est de même quand ils sont administrés par la voie stomacale — déterminent les effets physiologiques suivants :

1° Ils accélèrent les *échanges envisagés d'une manière géné-*

rale, aussi bien ceux de la matière organique que ceux de la matière inorganique, avec peut-être une certaine prédominance pour ces derniers.

2° Ils accélèrent principalement les *échanges azotés*, et cela dans toutes les étapes de ceux-ci. Ils favorisent le courant d'assimilation des matières albuminoïdes et leur intégration cellulaire. Ils augmentent parallèlement les actes de la désassimilation azotée, et accroissent l'utilisation de l'azote désintégré. — Il n'est donc pas un des actes de la nutrition azotée qui ne soit amélioré.

3° Ils influencent peu la formation de l'*acide urique ;* mais le fait de l'augmentation des échanges azotés a pour conséquence d'abaisser le plus souvent son rapport à l'urée, d'où encore une preuve de l'amélioration de ceux-ci.

4° Ils agissent sur les *échanges sulfurés* comme sur la nutrition azotée, en ce sens qu'ils les augmentent et qu'ils accroissent l'oxydation des produits sulfurés désintégrés. Et comme le rapport du soufre à l'azote croît dans presque tous les cas, il en résulte aussi que les organes riches en soufre, comme le foie, sont particulièrement le siège d'une nutrition plus active.

5° Ils n'ont pas d'effet marqué sur les fermentations intestinales.

6° L'augmentation du chlorure de sodium confirme le fait clinique d'un accroissement de l'appétit.

7° Tout en favorisant, très probablement, l'assimilation nerveuse des *phosphates* alimentaires, ils modèrent la dénutrition du système nerveux, agissent sur celui-ci comme un moyen d'épargne et aident à sa reconstitution en se fixant en presque totalité dans l'organisme (1). Cette action d'épargne est cor-

(1) Cette dernière partie de la conclusion n° 7 ne s'applique évidemment qu'à la dose de 50 centigrammes qui a été injectée dans nos expériences.

roborée par la diminution de la désassimilation de la magnésie, l'autre dominante minérale du tissu nerveux.

8° Ils augmentent les échanges calciques, et ceux de la substance osseuse, sans influencer ses échanges phosphorés.

HYGIÈNE

De la désinfection par la production sur place de vapeurs de formaldéhyde ou formol (1);

Par le docteur G. Bardet (2).

La désinfection absolue, scientifique, est-elle possible? Par là, j'entends la stérilisation des germes les plus virulents, constatée par l'inoculation de cultures notoirement pathogènes, préalablement placées dans un local où la désinfection est ensuite pratiquée.

Jusqu'ici, je dois dire que j'ai considéré ce problème comme insoluble, et que c'est avec un complet scepticisme que j'ai entrepris les recherches consignées dans le présent travail et dont les résultats ont déjà fait l'objet d'une communication d'ensemble à la Société de thérapeutique (séance du 24 avril 1895).

---

(1) Voir l'article sur les *Propriétés thérapeutiques et désinfectantes du formol* (*Bulletin de thérapeutique* du 15 avril 1895).

(2) Les expériences relatées dans cet article ont été faites en collaboration avec M. Trillat, et le travail devrait, en toute justice, porter nos deux signatures. M. Trillat s'est dérobé parce qu'il est resté en dehors des expériences d'inoculations, qui forment la partie principale de la documentation, mais je tiens à lui donner publiquement la part de collaboration qui lui revient.

Je tiens également à remercier MM. Bolognesi et Marie, internes des hôpitaux, qui ont bien voulu nous aider dans la surveillance des cultures et des inoculations nombreuses nécessitées par ces recherches.

J'ai donné, dans mon précédent article, les données scientifiques qui forment l'histoire, déjà longue, de l'aldéhyde formique. On en peut tirer la conclusion que le formol est un agent thérapeutique des plus intéressants et l'une des plus précieuses conquêtes de ces derniers temps. Il n'y a pas de doute que des expériences plus approfondies permettront de tirer de ce produit curieux des applications multiples et précieuses, tant en médecine et en science que dans l'industrie.

Au point de vue de la désinfection, Trillat a déjà publié (*Académie des sciences*, octobre 1894) une note où il relatait des résultats très favorables obtenus par l'usage d'une grosse lampe à oxydation.

L'emploi du formol normal du commerce, en solution dans l'alcool méthylique, peut bien, en effet, assurer, par sa seule présence, la désinfection des matières et objets, si on la pratique sous cloche ou dans de très petits espaces, tels qu'une armoire, par exemple ; mais il devient absolument insuffisant quand on veut essayer d'agir sur des capacités de plus de 1 mètre cube.

C'est pourquoi, Trillat d'abord, puis Cambier et Brochet, d'autre part (expériences de Miquel, in *Annales de micrographie*, 1894), avaient eu l'idée d'appliquer à la production sur place de l'aldéhyde formique le phénomène bien connu de la lampe à oxydation employée depuis longtemps, dans les cours, pour démontrer la formation de l'aldéhyde par combustion lente, en présence d'une spirale de platine rougie (1).

Trillat, dans la note signalée plus haut, relate de bons ré-

(1) Les lampes à formol de ce système représentent un réservoir d'alcool méthylique, dans lequel plonge une large mèche. Les vapeurs d'alcool rencontrent une toile de platine, préalablement rougie par allumage. On éteint la flamme, et la chaleur reste suffisante pour entretenir, par l'oxydation de l'alcool, le platine au rouge sombre, d'où production immédiate d'aldéhyde formique.

sultats obtenus avec une grosse lampe. Des expériences furent faites dans des pièces d'une capacité cubique de 30 à 75 mètres et même davantage, avec les germes des bacilles communs de l'eau d'égout et des poussières ; les cultures pratiquées ensuite restèrent stériles.

Ces expériences ont été faites l'été, elles furent reprises au commencement de l'hiver en ma présence, et cette fois les résultats furent contradictoires. Faut-il en attribuer (1) l'insuccès à la basse température de la saison où elles furent entreprises ? Je ne sais, mais ce mauvais résultat ne contribua pas peu à m'entretenir dans le scepticisme que j'accusais au début de cet article.

En décembre 1894 parut une note à l'Académie de médecine de MM. Cambier et Brochet. Ces messieurs rapportaient une nombreuse série d'essais pratiqués sur les germes, et concluaient, comme jadis Trillat, Miquel et les auteurs allemands, à la stérilisation complète constatée par l'infertilisation des cultures pratiquées avec les matières désinfectées. De plus, les auteurs avaient entrepris la désinfection d'une salle de 75 mètres cubes. La lampe formogène qu'ils avaient employée leur avait permis de stériliser tous les germes contenus dans la salle ainsi traitée, mais cependant les auteurs font encore quelques réserves.

Je résolus donc de me faire une opinion certaine et de continuer les expériences commencées à l'hôpital Cochin en octobre 1894, mais cette fois avec des moyens d'action à la fois plus pratiques et plus sérieux. Je priai donc M. Trillat d'étudier la fabrication d'un producteur d'aldéhyde formique capable de dégager en quelques heures des quantités notables de ce produit. Après bien des tâtonnements, il réussit à appliquer son procédé de fabrication commerciale du formol

(1) Plusieurs auteurs ont montré que l'action microbicide du formol croît en même temps que la température.

a un petit générateur dans lequel une chaudière à bain-maric, chauffé au gaz, envoyait quatre jets de vapeur d'alcool méthylique sur des cônes de platine préalablement rougis.

Cet appareil fut essayé dans une des salles du vieux bâtiment de l'hôpital. Cette salle avait 300 mètres cubes de capacité. Mal close, elle était ventilée par un calorifère, qui projetait par heure des quantités considérables d'air chaud. C'était là de déplorables conditions d'expérimentation; aussi ne pûmes-nous parvenir à stériliser les cultures déposées dans la salle. Cependant, après avoir dégagé du formol pendant plusieurs jours de suite, je pus constater (avec cultures témoins à l'appui), que les germes charbonneux placés dans la salle avaient été très atténués dans leur virulence.

Je changeai donc les conditions d'expérience, en même temps que l'appareil était perfectionné de manière à obtenir le type définitif qui a fourni les résultats rapportés dans ce travail.

I. APPAREIL:

L'appareil se compose d'un récipient en cuivre de 8 à 10 litres de capacité et plongeant dans un bain-marie, dans lequel il est maintenu par les rebords d'une couronne. Le bain-marie est formé d'un récipient en tôle au-dessous duquel peut se mouvoir une rampe de gaz destinée à chauffer l'eau du bain-marie. Un thermomètre et un régulateur bimétallique sont fixés à l'appareil.

Le cylindre de cuivre présente à sa partie supérieure un renflement autour duquel sont fixés un certain nombre de tubes en cuivre d'un diamètre d'environ 1 centimètre, fermés à leurs extrémités extérieures mais présentant un orifice capillaire. Sur chacun de ces tubes, glisse un système cylindrique en cuivre qui contient dans son intérieur, sous forme de rouleau ou de spirale, la substance destinée à oxyder

les vapeurs d'alcool méthylique s'échappant de l'orifice des tubes de dégagement.

La substance oxydante peut être de nature diverse : on peut employer du coke, du charbon de cornue, de l'amiante platinée, une toile métallique quelconque.

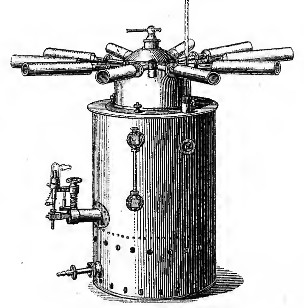


Fig. 1. — Appareil formogène de Trillat.

Dans l'appareil de Trillat, le rouleau oxydant est formé d'une toile de cuivre contenant à son intérieur une petite lame excessivement mince de platine destinée à amorcer la réaction. Au commencement du cylindre, un régulateur Bunsen permet l'accès d'air plus ou moins mitigé dans l'intérieur du cylindre.

Pour faire fonctionner l'appareil, on remplit le récipient

aux trois quarts d'alcool méthylique et l'on élève la température du liquide du bain-marie à 72-74 degrés. Les vapeurs d'alcool sortent par les orifices capillaires des tubes sous forme d'un jet conique. Celui-ci entraîne mécaniquement de l'air qui arrive par les ouvertures du régulateur et pénètre dans la partie du cylindre qui contient le système oxydant. Si par l'ouverture du régulateur d'air on présente une flamme au jet d'alcool, il s'enflamme, mais ne tarde pas à s'éteindre en ouvrant davantage le régulateur. On peut à ce moment constater que, si la flamme a disparu, il est resté une incandescence sur le système oxydant. Cette incandescence est due à l'oxydation des vapeurs d'alcool méthylique qui produisent du formol ; elle persiste tant que les vapeurs d'alcool sont projetées par les orifices.

L'appareil une fois mis en marche fonctionne avec une grande régularité sans qu'il y ait danger d'explosion ni d'extinction ; selon que la température est plus ou moins élevée, on peut oxyder plus ou moins d'alcool ; l'appareil représenté par le dessin peut oxyder jusqu'à 3 litres d'alcool par heure (1).

Consommation. — Dans mes expériences, l'appareil a fonctionné de deux à dix heures de suite. Il a usé au maximum 7 à 8 litres d'alcool. Les résultats montrent qu'une durée moyenne de six heures avec consommation de 4 à 6 litres est plus que suffisante pour la désinfection d'espaces de 200 à 300 mètres cubes de capacité.

L'alcool méthylique valant, en gros, environ 90 centimes le litre, on voit que c'est une dépense de 2 fr. 50 au plus

(1) L'appareil peut fonctionner aussi par un entraînement d'air. Dans ce but, le récipient en cuivre est muni d'un orifice dans lequel on introduit un tube de verre en communication avec un récipient d'air comprimé. Dans son passage à travers l'alcool, l'air se sature, sort par les orifices et s'oxyde comme précédemment. Dans ce procédé, le chauffage est évité, mais l'oxydation est un peu plus longue.

pour 100 mètres cubes désinfectés, si l'on ajoute 75 centimes de gaz, employé pour la vaporisation de l'alcool. La main-d'œuvre est peu de chose puisqu'un seul homme peut apporter et mettre en jeu l'appareil, sans que sa présence reste ensuite nécessaire. Au cas où l'on utiliserait le dispositif à air comprimé imaginé par M. Trillat, les frais seraient encore diminués.

Action sur les meubles et tentures. — Puisque je traite les questions pratiques, je dirai tout de suite que l'action de la formaldéhyde sur les bois, métaux et tentures est nulle.

M. Trillat a fait à cet égard un grand nombre d'expériences et elles ont été complètement favorables, aucun objet mobilier n'a souffert. En expérimentant sur des échantillons d'étoffes diverses, de couleurs variées, il a seulement constaté que les couleurs à la fuchsine seules paraissaient bleuir légèrement.

Après Trillat, Aronson, Cambier, Brochet et Sottevin ont, eux aussi de leur côté, mis cette innocuité en évidence, et je ne puis que la confirmer.

Pénétration, odeur. — L'aldéhyde formique jouit d'une faculté de pénétration considérable. Il imprègne parquets, tentures, matelas, papiers, à une profondeur considérable et on le retrouve jusque dans le plâtre. Cela se reconnaît facilement à son odeur pénétrante et spéciale. Un morceau de bois pris dans une pièce désinfectée et mis sous cloche dégage une quantité considérable de formol. Dans les tentures, matelas, oreillers, couvertures, etc., l'aldéhyde formique pénètre dans la trame et dans l'épaisseur et semble s'y polymériser en *trioxyméthylène*. Cela n'a aucun inconvénient et assure, au contraire, la désinfection, car pendant des semaines, du formol se dégage lentement en très petite quantité et maintient tout ce temps la stérilisation du milieu.

Aération. — Après désinfection, on peut pénétrer dans la

pièce et ouvrir les fenêtres, après six heures de fonctionnement de l'appareil.

Un quart d'heure, au plus, après l'ouverture des fenêtres, l'air est très respirable; mais, si l'on referme ensuite, le formol qui imprègne les murs se dégage et rend de nouveau l'atmosphère irrespirable.

Le mieux est donc de laisser un courant d'air établi pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, toute odeur a complètement disparu. En cas d'urgence, on peut même affirmer qu'une aération de quatre heures serait suffisante pour rendre un local habitable, sans inconvénient réel pour les habitants.

II. MÉTHODE D'EXPÉRIMENTATION EMPLOYÉE.

Jusqu'ici les recherches de désinfection par le formol avaient été pratiquées avec de simples cultures, c'est-à-dire que les auteurs concluaient à la stérilisation complète des germes, lorsque les ensemencements ne troublaient plus les bouillons, ou ne cultivaient pas dans les divers milieux appropriés.

Ce procédé m'a paru insuffisant. On peut objecter, en effet, qu'il reste dans les matières ensemencées une quantité de désinfectant suffisante pour arrêter la vie, sans que cependant les spores soient tuées.

J'ai ajouté aux essais par culture les inoculations d'animaux, seul moyen de contrôle qui permette de se faire aujourd'hui une certitude, à peu près absolue, au point de vue de la stérilisation des spores.

J'ai donc fait préparer des cultures notoirement virulentes des microbes pathogènes suivants :

Charbon, diphtérie, tuberculose, staphylocoque, et accessoirement, poussières d'hôpital, eaux d'égout.

Les cultures pathogènes ont été inoculées à des cobayes. Tous sont morts.

INOCULATIONS PRATIQUÉES AVEC LES CULTURES PROVENANT DES DÉSINFECTIONS DE L'APPARTEMENT (PLAN, FIGURE 2).

NUMERO d'ORDRE.	NUMÉRO des opérations.	PROVENANCE de l'ENSEMENCEMENT.	ALCOOL BRULÉ pour 100^{mc}.	DURÉE de l'opération.	NATURE de la CULTURE INJECTÉE.	ÉTAT DE LA CULTURE au moment DE L'INOCULATION.	ÉTAT DES ANIMAUX. Après un mois et demi.	ÉTAT DES ANIMAUX. Mort.	OBSERVATIONS.
			litres.	heures.					
1	»	*Témoin.*	»	»	*Charbon.*	Très vivante.		Après 36 h.	*Charbon confirmé.*
2	»	*Témoin.*	»	»	*Charbon.*	Id.		Après 25 h.	Id.
3	»	*Témoin.*	»	»	*Diphtérie.*	Id.		Après 78 h.	*Diphtérie confirmée.*
4	»	*Tuberculose.*	»	»	*Tuberculose.*	Id.	Nombreux foyers.		*L'animal a été sacrifié. Malade.*
5	III	Chambre.	3.5	7	Charbon.	Moisissure blanche.	Santé.		Culture : pas virulente, moisissure à la surface.
6	IV	Cabinet.	3	9	Id.	Stérile.		Après 18 jours	Pas de bactéridie dans le sang. Mort par affection typhique. Probablement *B. coli commune* (?)
7	IV	Chambre.	»	2	Id.	Id.	Id.		
8	IV	Cabinet.	2	6	Salive.	Id.	Id.		
9	V	Closet.	2.75	9	Charbon.	Id.	Id.		
10	V	Id.	1 84	6	Egout.	Moisissure à la surface.	Id.		Pas de putréfaction, donc spores de moisissure seules ont survécu. Pas de virulence.
11	V	Cabinet.	2 75	9	Tuberculose.	Léger trouble.	Id.		Sacrifié, trouvé sain.
12	V	Closet.	2.75	9	Diphtérie.	Stérile.		Après 3 jours.	Mort de septicémie. L'inoculation du sang à d'autres animaux n'a pas reproduit le bacille de Lœfler, mais donné la septicémie.
13	VI	Salle à manger.	2 5	7	Tuberculose.	Id.	Id.		Sacrifié, trouvé sain.
14	VI	Id.	2.5	7	Diphtérie.	Id.	Id.		
15	VI	Chambre.	2.5	7	Id.	Id.	Id.		
16	VI	Cabinet.	3	9	Charbon.	Id.	Id.		
17	VI	Closet.	3	9	Id.	Id.	Id.		
18	VI	Cabinet.	2.5	7	Id.	Id.	Id.		
19	VII	Closet.	2 5	7	Tuberculose.	Id.	Id.		Sacrifié, trouvé sain.
20	VII	Chambre.	3.0	25	Id.	Id.	Id.		Id.
21	VII	Salle à manger.	1.6	5	Diphtérie.	Id.	Id.		
22	VII	Closet.	3	17	Charbon.	Id.	Id.		
23	VII	Salle à manger.	2.3	7	Id.	Id.	Id.		
24	VII	Closet.	3	9	Diphtérie.	Id.		Le 15e jour.	Animal bien portant, 10 jours. Plaie infectée le 11e jour, mort de septicémie.
25	VIII	Id.	1	3	Tuberculose.	Id.	Id.		Sacrifié, trouvé sain.
26	VIII	Chambre.	2.3	7	Diphtérie.	Id.	Id.		
27	IX	Salon (papier).	3	12	Id.	Id.	Id.		
28	IX	Chambre (poussière).	1.3	4	Id.	Id.	Id.		
29	IX	Closet (poussière).	2	6	Charbon.	Id.	Id.		
30	IX	Chambre (parquet).	1.6	5	Id.	Id.	Id.		
31	IX	Salle à manger (peluche)	3	13	Id.	Id.	Id.		
32	IX	Cabinet (bouillon).	3	9	Id.	Id.	Id.		

La virulence ainsi établie, les liquides ont été distribués au compte-gouttes sur des petits carrés de linge, de peluche, de laine ou de bois.

Ces matériaux ont été distribués dans les différentes pièces des appartements dont le plan est donné ci-après.

Des témoins ont été faits à chaque opération avec des matériaux semblables et ont servi, par culture et inoculation (nos 1, 2, 3 et 4 du tableau), à contrôler la valeur pathogène des matériaux mis en expérience.

Après chaque essai, les matériaux désinfectés ont été mis en culture à l'étuve dans les divers milieux appropriés, et des échantillons pris au hasard ont servi à pratiquer les 28 inoculations relatées au tableau annexé à ce travail.

Enfin, à la fin des opérations d'essai, j'ai effectué des cultures avec des témoins conservés pour cela, et les animaux inoculés sont morts. J'ai donc le droit d'affirmer la virulence des échantillons semblables, qui ont servi à faire les 19 opérations de désinfection pratiquées dans le courant du mois de mars dernier.

Chaque fois qu'un animal a succombé ou a été sacrifié, l'étude bactériologique du sang a été faite par culture et par inoculation, de manière à vérifier l'état de l'animal et la cause exacte de la mort. J'ai pu constater ainsi que les témoins, d'avant et d'après les opérations, avaient bien succombé à la maladie déterminée par le germe morbide inoculé. D'autre part, le même examen m'a permis d'affirmer que, sauf un cas douteux sur 3 morts (n° 12 du tableau), les 3 cobayes inoculés avec les cultures provenant de matériaux désinfectés et qui ont succombé sont morts de maladie accessoire.

III. Résultats.

Ne voulant pas compliquer, par des détails trop laborieux, la rédaction de cet article, déjà très aride dans sa forme, je

me contenterai d'indiquer, en un tableau, les résultats acquis par les inocnlations et de résumer, rapidement, les procédés employés au cours des 11 opérations définitives qui ont été pratiquées comme essais. Je passe, bien entendu,

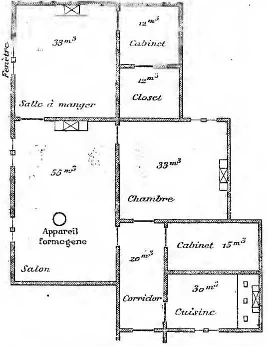


Fig. 2. — Plan d'un appartement de plain-pied; capacité 210 mètres cubes.

sous silence les expériences établies au préalable, pour essayer les perfectionnements successifs de l'appareil qui a été définitivement établi par M. Trillat, et que je viens de décrire.

Neuf opérations ont été faites dans l'appartement dont le plan est donné figure 2.

L'appareil était placé dans le salon, et suivant la méthode décrite précédemment, les matières pathogènes étaient disséminées dans les diverses pièces.

Les colonnes 4 et 5 du tableau donnent la quantité d'alcool brûlé et du temps pendant lequel les matériaux mis en culture avaient séjourné dans les pièces, soit pendant la marche de l'appareil, soit après son extinction, mais avant l'aération.

Vingt-huit inoculations ont été pratiquées. En outre, de nombreuses cultures, 20 à 25 par opération, ont été faites.

Il est à remarquer que dans les cultures, 5 à 6 pour 100 des tubes se sont légèrement troublés et ont présenté des moisissures. Les microbiologistes ont déjà noté que les spores de moisissures sont beaucoup plus résistantes que celle des germes pathogènes. Mon observation ne fait que confirmer ce fait, mais l'inoculation des tubes présentant des moisissures a montré que la virulence avait disparu et d'autre part, quand il s'agissait de cultures de l'eau d'égout (et c'est le cas le plus fréquent), l'odeur de la putréfaction n'est jamais apparue, ce qui prouve que les bactéries avaient été entièrement tuées.

Sur 28 inoculations, il reste 25 animaux vivants (sauf les tuberculeux qui ont été sacrifiés pour constater l'état des organes) et bien portants.

Trois animaux sont morts, mais 2 ont succombé très tardivement à des affections certainement accessoires et prises en dehors de l'inoculation ; ce sont les numéros 6 et 24 du tableau. Le numéro 6, inoculé avec une culture qui aurait dû être charbonneuse, est mort le dix-huitième jour d'une maladie à forme typhique. Le numéro 24, qui aurait dû mourir de diphtérie, est mort le treizième jour, de septicémie, à la suite de l'infection d'une plaie.

Reste le numéro 12 du tableau, inoculé avec une culture diphtérique. Celui-là est mort le troisième jour, de septicémie à staphylocoque sans présenter de symptômes diphté-

riques. Je considère ce cas comme douteux ; mais comme il est le seul d'une nombreuse série, je le crois incapable d'infirmer les résultats positifs donnés par 25 inoculations qui n'ont été suivies d'aucun phénomène morbide.

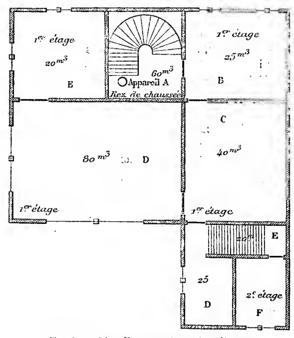


Fig. 3. — Plan d'un appartement en étages ; capacité totale 310 mètres cubes.

Je suis donc en droit de croire avoir véritablement obtenu la stérilisation des matériaux pathogènes mis en observation dans l'appartement désinfecté.

Après avoir obtenu les résultats précédents dans un appartement où les pièces se trouvent sur le même plan, j'ai pratiqué deux nouvelles opérations de désinfection dans un local

formé de trois plans superposés, représentant une capacité de plus de 300 mètres cubes (plan fig. 3); l'appareil était placé au rez-de-chaussée, les vapeurs d'aldéhyde formique montaient au premier étage, où elles se répandaient dans quatre pièces, et de là montaient, par un escalier placé en angle, à un deuxième étage composé de deux petites pièces.

Des linges, des étoffes contaminées, comme dans les précédentes opérations, avaient été disposés dans les diverses pièces du local.

Après désinfection, les cultures et inoculations pratiquées sont restées sans donner de résultats, ce qui démontre que la stérilisation avait été obtenue dans le nouveau local comme dans le précédent (1).

IV. CONCLUSIONS.

Des précédents résultats, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les vapeurs d'aldéhyde formique, produites dans un grand appareil et en grande quantité, sont capables d'opérer la désinfection absolue de grands locaux.

2° En se servant d'un appareil capable de transformer à l'heure 1 litre d'alcool méthylique en aldéhyde formique, on a pu obtenir en deux heures la stérilisation d'un appartement.

3° Sans se fier à ce temps très court, on peut affirmer qu'une moyenne de six heures de fonctionnement de l'appareil précité suffit pour obtenir avec certitude la désinfection d'un local de 300 mètres cubes.

4° Les vapeurs d'aldéhyde formique n'ont aucune action

(1) Ces deux dernières opérations ont été faites au dernier moment; la survivance des animaux n'est que de quinze jours, mais ce temps est suffisant pour le charbon et la diphtérie. Il n'y a pas de doute que si les matières étaient restées virulentes, les animaux auraient déjà des phénomènes pathologiques.

fâcheuse sur les objets mobiliers ; elles peuvent disparaître rapidement par une simple aération de quelques heures.

Disons en terminant que ces conclusions peuvent encore se trouver améliorées dans l'usage pratique, car tout prouve que l'action du formol est proportionnelle à la quantité émise, et dans ces conditions on pourra, en augmentant la production des appareils, obtenir une désinfection plus rapide. Les expériences de Berlioz et Trillat (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1892) prouvent, en effet, que l'air saturé de formol peut tuer les germes les plus résistants en moins d'une demi-heure.

Il y aurait bien des détails à donner encore sur l'action du formol, mais je laisse à M. Trillat, qui prépare un long travail très documenté sur cette question, le soin de le faire. J'ai voulu seulement donner les résultats des essais que j'ai entrepris avec lui, et qui prouvent la valeur de l'aldéhyde au point de vue de la désinfection absolue.

PHARMACOLOGIE

Recherches sur le phosphate de chaux à l'état physiologique ;

Par M. L. Vaudin.

I

Les préparations pharmaceutiques à base de phosphate de chaux sont nombreuses; depuis la corne de cerf et les os calcinés que nous a légués l'ancienne médecine, jusqu'au glycérophosphate de chaux, on a vu apparaître successivement dans le domaine thérapeutique des sels phosphatés calciques dont le nombre et la diversité des formes témoignent de l'intérêt qui s'attache à la question de l'administration des phosphates.

Mais, si toutes ces préparations sont parfaitement définies chimiquement, en est-il de même au point de vue physiologique ? On peut répondre négativement sans hésiter, car si l'on consulte les travaux des nombreux auteurs qui ont écrit sur ce sujet, on voit qu'ils diffèrent nettement d'opinion ; les uns prétendent que les phosphates de chaux pharmaceutiques solubles ou insolubles ne sont pas assimilables, les autres soutiennent le contraire. Où est la vérité? On conviendra que le praticien auquel son malade demande quelle est la meilleure préparation de phosphate de chaux est fort embarrassé pour lui répondre.

Je ne m'arrêterai pas à passer en revue les expériences ayant motivé les deux opinions énoncées, je ne retiendrai que cet extrait du mémoire de Sanson : « Sur la valeur thérapeutique des sels de phosphore... il faut demander, pour hâter le développement du squelette, pour *fabriquer*, c'est le mot, des animaux précoces, le surcroît d'acide phosphorique assimilable d'abord à un *allaitement plus abondant* et de *meilleure qualité*, puis à l'addition dans la ration alimentaire d'une quantité suffisante de semences céréales légumineuses ou oléagineuses. »

C'est donc dans les produits naturels, tels que le lait, les semences des céréales, des légumineuses, qu'il faut aller chercher les *phosphates assimilables* (1). De toutes les discussions qui ont eu lieu, il y a près de vingt ans, sur l'assimilabilité des phosphates, c'est la seule conclusion qui soit restée intacte. Elle soulève le problème suivant : dans quelles conditions le phosphate de chaux existe dans le

---

(1) Sanson proscrit absolument les phosphates insolubles ou acides qui traversent l'organisme sans être assimilés.

Armand Gautier a observé que l'addition du phosphate de chaux dissous dans un petit excès d'acide lactique n'est nullement favorable à l'ossification des jeunes animaux, qui sont d'ailleurs rapidement pris de diarrhées, de dépérissement et meurent.

lait, et comment ce sel est-il maintenu en dissolution dans cette sécrétion ? Il est évident, en effet, que si nous arrivons à déterminer la forme sous laquelle le phosphate de chaux est contenu dans le lait et que nous puissions la reproduire dans le laboratoire, nous aurons résolu cette question d'une importance si grande pour la thérapeutique : la préparation du phosphate de chaux assimilable, tel qu'il existe à l'état physiologique.

II

Quand on étudie les matières protéiques contenues dans le lait et les liquides physiologiques d'origine animale ou végétale, on remarque ce fait constant que les albuminoïdes entraînent dans leur précipitation des sels minéraux, notamment des phosphates. Dans le cas particulier du lait, le *caillé* formé entraîne une grande quantité de phosphates dont il est difficile de le débarrasser, et cette circonstance a évidemment contribué à émettre cette idée que les matières protéiques sont intimement liées ou combinées aux phosphates. Il est vraisemblable — du moins en ce qui concerne le lait — qu'elle aurait encore force de loi si un certain nombre de travaux n'avaient, depuis dix ans, modifié nos connaissances sur cette sécrétion.

Je rappellerai tout d'abord cette expérience de Duclaux, qui, ayant recueilli du lait dans une série de tubes à essais rendus préalablement aseptiques, a vu se déposer après plusieurs semaines, dans les tubes qui étaient restés à l'abri des microbes, un précipité de *phosphate tribasique de chaux.* Il est fort probable que ce dépôt n'aurait pas eu lieu si la matière protéique avait été combinée au phosphate de chaux.

Il y a quelques années, Soxhlet et plusieurs chimistes allemands signalèrent dans le lait la présence d'une notable quantité d'acide citrique; ils pensèrent que cet acide y

est contenu à l'état de sel de chaux. J'ai moi-même prouvé l'existence de ce corps dans le lait par une méthode différente de celle employée par ces savants. La découverte d'un fait aussi inattendu trouva peu d'écho en France ; il faut, sans doute, attribuer cette indifférence à ce que l'origine de cet acide et le rôle qu'il joue dans le lait n'avaient pas été étudiés ou mis en évidence.

Dans un travail que j'ai présenté à la Société chimique en 1892, j'ai fait l'expérience suivante : du lait de vache est filtré au tube poreux au moyen du vide, à une température voisine de 0 degré, de façon qu'il ne subisse pas la fermentation lactique. Si l'on chauffe le liquide limpide (1) obtenu, il se dépose du phosphate tribasique de chaux avec augmentation d'acidité de la liqueur surnageante. Après refroidissement, si l'on agite le liquide, le sel déposé rentre en dissolution.

Ce sont ces diverses données — présence de l'acide citrique dans le lait, précipitation du phosphate de chaux du lait dans les conditions indiquées à l'état de sel basique — qui ont servi de points de départ à mes recherches.

On sait que le phosphate de chaux est soluble dans les citrates alcalins; cette solution abandonne, lorsqu'on la chauffe, la plus grande partie du sel calcaire qu'elle renferme; par le refroidissement, le dépôt formé disparaît en grande partie. Les conditions dans lesquelles cette précipitation a lieu, ainsi que la dissolution du dépôt formé, sont variables avec la dilution du liquide, la nature des sels en présence et leurs proportions relatives.

En tenant compte de ces faits, j'ai préparé une solution contenant les sels que l'analyse permet de déceler dans le

(1) Le liquide qui a subi, même très faiblement, la fermentation lactique, est légèrement trouble; chauffé, il devient opalescent, et la précipitation du phosphate de chaux n'a pas lieu.

lait filtré. Pour arriver à dissoudre le phosphate de chaux, il faut une quantité de citrate alcalin quatre ou cinq fois plus forte que celle existant dans le même volume de lait.

La solution obtenue se comporte comme le lait filtré ; elle laisse déposer, quand on la chauffe, du phosphate tribasique de chaux, qui se dissout après refroidissement. Si cette solution contenait une quantité de citrate équivalente à celle qui existe dans le lait, la question qui nous intéresse serait donc dès à présent résolue, mais nous avons vu qu'il n'en est pas ainsi ; on est donc obligé d'admettre que des éléments du lait, autres que les citrates, concourent aussi à la dissolution du phosphate de chaux. Quels sont ces éléments ?

En cherchant à résoudre cette question, je me suis souvenu que les solutions sucrées dissolvent facilement la chaux, et que la présence des acides organiques fixes, des sucres, peut empêcher ou au moins retarder la précipitation par les alcalis de certains sels. La considération de ces faits m'a conduit à rechercher le rôle de la lactose associée aux citrates alcalins dans la solubilisation du phosphate de chaux.

On mélange équivalents égaux de phosphate de chaux, de citrate de soude et de phosphate disodique, on ajoute au liquide trouble obtenu de la lactose pulvérisée, et l'on évapore au bain-marie jusqu'à ce que la masse se soit épaissie ; on la dessèche ensuite à l'étuve à air chaud.

Si l'on délaye dans l'eau distillée le mélange des sels et de lactose et qu'on élève légèrement la température, le liquide s'éclaircit après quelques instants en ne laissant qu'un résidu à peine appréciable. Pour arriver à ce résultat en employant une dose égale de phosphate de chaux, avec le citrate alcalin seul, il en aurait fallu quatre ou cinq fois plus ; le rôle de la lactose est donc parfaitement mis en évidence.

III

Nous avons, dans l'expérience ci-dessus, obtenu un mélange de sels et de lactose, qui, traité par l'eau, donne un liquide neutre contenant les divers éléments phosphatés du lait ; il nous reste maintenant à démontrer que ces phosphates y existent dans les mêmes conditions que dans le lait.

On a vu plus haut que le lait n'ayant pas subi de fermentation abandonne, sous l'action de la chaleur ou du temps, du phosphate tribasique de chaux ; examinons ce qui a lieu avec les liquides préparés en dissolvant le mélange de sels et de lactose dans l'eau distillée. Ils précipitent également sous l'influence du temps ou de la chaleur ; les dépôts que j'ai obtenus dans trois cas différents présentaient la composition suivante pour 100 parties :

I.	Chaux	57.90
	Acide phosphorique	42.10
II.	Chaux	57.40
	Acide phosphorique	42.60
III.	Chaux	57.80
	Acide phosphorique	42.20

Ces solutions se comportent donc comme le lait, les dépôts formés sont du phosphate tribasique avec excès de chaux, et j'ai constaté aussi que la précipitation est accompagnée d'une augmentation d'acidité du liquide surnageant.

Ainsi, la propriété principale du phosphate de chaux contenu dans le lait et dans les solutions préparées comme je l'ai indiqué est d'exister en liqueur neutre ou très faiblement acide et de pouvoir facilement se séparer du liquide à l'état de sel tricalcique ; on peut dire que cette propriété est la caractéristique du *phosphate de chaux physiologique*.

Si nous étudions, en effet, les solutions que la chimie met au service de la thérapeutique, nous voyons qu'elles ont

toutes pour origine le phosphate à deux équivalents de chaux. En le dissolvant, par exemple, dans l'acide chlorhydrique étendu, on obtient le produit désigné en pharmacie sous le nom de *chlorhydro-phosphate de chaux;* ce n'est en réalité qu'un mélange de chlorure de calcium et de phosphate acide de chaux, ainsi que l'indique l'équation suivante :

$$(PO^4H)^2Ca^2 + 2HCl = (PO^4H^2)^2Ca + CaCl^2.$$

Le corps chimique existant en dissolution n'est donc pas le même que celui qui a été mis en expérience ; ce dernier ne différait du phosphate qu'on rencontre dans l'organisme que par un équivalent de chaux, l'autre en contient deux fois moins. La préparation que ce phosphate a subie a donc eu pour effet immédiat de l'éloigner davantage du type physiologique. En outre, si nous analysons les précipités qui se forment sous l'action des alcalis, ou dans les solutions concentrées sous l'influence de la chaleur, nous voyons qu'ils renferment 44,3 pour 100 de chaux ; ils sont donc constitués par du phosphate bicalcique qui avait servi de point de départ à la préparation. C'est toujours ce précipité qui se forme dans les solutions obtenues au moyen des acides minéraux ou organiques.

Mais ce n'est pas seulement dans le lait que le phosphate de chaux existe dans les conditions que j'ai déterminées ; un certain nombre de faits que j'ai étudiés démontrent que des phénomènes analogues se produisent constamment dans la nature ; j'espère les publier prochainement.

CONCLUSIONS.

1° Le phosphate de chaux existe dans le lait à l'état de sel tribasique, et les diverses influences qui tendent à le séparer du liquide le précipitent aussi à l'état de phosphate à trois équivalents de chaux.

2° Le phosphate de chaux est maintenu en dissolution dans le lait, grâce aux citrates alcalins que cette sécrétion contient et à la lactose.

3° On peut reproduire dans le laboratoire le phosphate de chaux avec les propriétés qui caractérisent le phosphate physiologique du lait.

4° Les solutions de phosphate de chaux obtenues avec les acides minéraux ou organiques contiennent du phosphate à un seul équivalent de chaux, et précipitent du phosphate bicalcique, composés non physiologiques.

BIBLIOGRAPHIE.

Duclaux, *le Lait, études chimiques et microbiologiques*, 1887; *Sur les phosphates du lait; Sur la coagulation des matières albuminoïdes* (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1893).

A. Gautier, *Chimie appliquée*.

A. Sanson, *Sur la valeur thérapeutique des sels de phosphore* (*Gazette hebdomadaire*, 1874).

Soxhlet, Henckel, Scheiber, *l'Acide citrique dans le lait de vache* (*Landw. Versuchst.*, 1888 et 1889).

L. Vaudin, *Étude sur la constitution du lait* (*Bulletin de la Société chimique*, 1892); *Sur l'acide citrique et le phosphate de chaux du lait; Sur le phosphate de chaux en dissolution dans le lait* (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1894).

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Sérothérapie.

La sérothérapie dans la syphilis. — Injections intraveineuses de sérum artificiel dans la pneumonie. — Les toxines du streptocoque érisypélateux et du *bacillus progidiosus* dans le traitement des tumeurs malignes. — Sérothérapie antistreptococcique.

La sérothérapie dans la syphilis (Communication de M. Richet à la Société de biologie, séance du 6 avril 1895). — L'auteur a fait à une femme atteinte, depuis trois ans et demi, de gommes ulcéreuses multiples qui avaient résisté à tout traitement, une

injection de sérum antisyphilitique, et la malade guérit en quinze jours.

Le sérum provenait d'un âne inoculé cinquante-quatre jours auparavant avec du sérum d'une syphilitique en pleine période secondaire.

L'auteur fait observer que l'action manifeste du sérum pris cinquante-quatre jours après l'inoculation de l'animal montre que les substances antitoxiques ne disparaissent pas rapidement du sang.

Injections intraveineuses de sérum artificiel dans la pneumonie (Galvagni, *Riforma medica*, 1895).— L'auteur recommande vivement, dans le traitement de la pneumonie, les injections intraveineuses de sérum artificiel (c'est-à-dire une solution aqueuse contenant 0,75 pour 100 de chlorure de soude et 0,5 pour 100 de bicarbonate de soude. Grâce à ce traitement, on s'opposerait efficacement à la formation des coagulations sanguines dans le cœur, qui constituent pour l'auteur la cause principale de la parésie cardiaque. Sur 8 cas traités de la sorte, il y a eu 6 guérisons; les 2 autres cas restants se terminèrent par la mort. Mais comme ils étaient apportés à l'hôpital déjà agonisants, l'issue fatale n'a rien à faire avec le traitement employé. On injectera 200 grammes environ de sérum artificiel. (*Wiener medizinische Presse*, 1895, nº 12, p. 460.)

Les toxines du streptocoque érysipélateux et du « bacillus prodigiosus » dans le traitement des tumeurs malignes (Coley, communication à l'Académie de médecine de New-York, *American medico-surgical Bulletin*, 1er décembre 1894).— L'auteur présenta 4 sujets atteints de sarcome inopérable chez lesquels il a obtenu d'excellents résultats par les toxines du streptocoque de l'érysipèle et du *bacillus prodigiosus* : pas de récidive après trois ans et demi, vingt-sept mois et vingt mois. Dans 1 cas, le diagnostic fut confirmé par l'examen microscopique. Quant aux

autres, l'auteur ne dit rien à ce sujet. Sur 38 cas de sarcome, il y en aurait 9 chez lesquels on peut prédire une guérison complète. Quant au carcinome, s'il est vrai qu'on constate une amélioration notable, dans aucun cas on n'a réussi à obtenir une guérison complète.

L'auteur s'est servi d'abord d'une solution filtrée des cultures du streptocoque de l'érysipèle et du *bacillus prodigiosus.* Mais plus tard il s'est assuré qu'il faut injecter la culture de ces deux microbes développés simultanément dans le même bouillon qu'on chauffe ensuite à 58 degrés centigrades. Dosage pour injections : deux gouttes en cas de sarcome et trois à sept gouttes en cas de cancer. Ces injections seront répétées à des intervalles variables suivant les cas à traiter. (*Medical Chronicle*, mars 1895, p. 432).

Sérothérapie antistreptococcique (Communication des docteurs Roger et Marmorek à la Société de biologie, séance du 30 mars 1895). — M. Roger apporte 30 observations à l'appui de l'action presque spécifique de son sérum.

La première observation est relative à une femme accouchée en ville, le 18 mars, et qui entre à la clinique le 23, avec tous les signes d'une infection puerpérale et une température à 39°,4.

Le lendemain, la température descend à 38°,4, mais les lochies restant fétides, on fait, le soir, une injection de 26 centimètres cubes de sérum. La température se maintenant à 39 degrés, on fait, le 24, une nouvelle injection de 20 centimètres cubes. L'état général devient meilleur, mais la fièvre ne tombe définitivement qu'après deux autres injections qu'on fait le 25. Ce qui était particulièrement frappant chez cette malade, c'était la rapidité avec laquelle un sentiment de bien-être survenait après chaque injection.

La deuxième observation a trait à un érysipèle chez un nouveau-né. L'injection de 5 centimètres cubes de sérum antistreptococcique faite quarante-huit heures après le début des accidents, avait suffi pour amener la guérison. Ce résultat est d'autant

plus remarquable, que l'érysipèle des nouveau-nés est presque fatalement mortel.

La troisième observation se rapporte à une femme qui, huit jours après son accouchement, fut prise d'angine à streptocoques avec température oscillant entre 39°,7 et 40°,3. Une seule injection de 20 centimètres cubes de sérum antistreptococcique faite après l'échec de la quinine, a suffi pour amener rapidement la guérison.

M. Roger fait observer que ces observations sont d'autant plus intéressantes à rapprocher les unes des autres, qu'il s'agit d'affections diverses produites par le streptocoque. Si ces observations ne permettent pas encore d'affirmer la valeur spécifique du sérum, elles démontrent toujours son innocuité parfaite.

M. Marmorek, qui a préparé à l'Institut Pasteur un sérum antistreptococcique très actif, l'a essayé, dans le service de M. Chantemesse, sur 46 érysipélateux. Tous ces malades ont guéri, sauf une femme de soixante-cinq ans qui a succombé à une pneumonie concomittante. L'examen montra que la pneumonie était produite par le pneumocoque. Le sérum, dont la dose minima est de 10 centimètres cubes, agit sur la lésion locale et les phénomènes généraux. La fièvre tombe ordinairement au bout de vingt-quatre heures, et l'albumine disparaît rapidement.

M. Marmorek ajoute que, pour avoir un sérum actif, il se sert d'un streptocoque dont il est arrivé à exagérer d'une façon extraordinaire la toxicité et la virulence.

Pharmacologie générale.

Le trional comme hypnotique. — Des applications thérapeutiques du phosphoglycérate de chaux. — De l'influence de l'inanition sur l'action des médicaments. — Sur la rapidité comparative avec laquelle se résorbent quelques médicaments introduits, chez les sujets bien portants, par l'estomac ou le rectum. — Contribution à l'influence de l'âge et de la vie sexuelle des femmes bien portantes sur la rapidité avec laquelle les médicaments sont résorbés de l'estomac.

Le trional comme hypnotique (Dr Gaillard, *Société médicale des hôpitaux*, séance du 15 mars 1895). — M. Gaillard prescrit

le trional aux malades atteints d'insomnie, à la dose de 1 gramme en une seule prise : 5 malades seulement sur 40 ont été réfractaires. Cette substance est uniquement un hypnotique. Le trional produit le sommeil sans troubler l'action des autres médicaments employés et sans accidents sérieux. Le sommeil est paisible, le réveil agréable.

Le trional est, en résumé, un bon hypnotique, sans danger, et qui procure plus vite que le chloral le sommeil au bout de vingt à vingt-cinq minutes; il se prend en cachets.

L'auteur l'a employé dans l'insomnie simple, la neurasthénie, la morphinomanie ; il fait aussi dormir des fébricitants, des cardiaques, des tuberculeux.

Des applications thérapeutiques du phosphoglycérate de chaux (Dr Lafage, *Bulletin médical*, 27 mars 1895, n° 25). — L'auteur a expérimenté avec succès les phosphoglycérates de chaux et en indique leur emploi dans tous les cas où il s'agit de relever la nutrition nerveuse défaillante et d'en stimuler l'activité : neurasthénie avec dépression nerveuse, diminution de la force musculaire, inaptitude aux travaux intellectuels, insomnie, vertiges, ataxie, paralysie, phosphaturie, chlorose, anémie, phtisie, les convalescences, enfin toutes les affections où l'organisme a besoin d'un excitant énergique.

L'auteur a employé le phosphoglycérate de chaux chez plusieurs nourrices dont la sécrétion lactée était insuffisante, et en a obtenu des résultats satisfaisants.

De l'influence de l'inanition sur l'action des médicaments (Th. Jordan, *Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, 1895, n° 9). — Pour étudier cette question importante, qui présente de l'intérêt non seulement théorique mais aussi pratique, l'auteur a institué cinquante expériences avec la digitaline chez des chiens, qui, pour toute nourriture, ne recevaient que de l'eau. C'est du troisième au douzième jour de l'inanition qu'on injectait

la digitaline en solution aqueuse (3 milligrammes pour 1 centimètre cube d'eau) dans la veine crurale gauche. Ces mêmes doses étaient administrées en injections intraveineuses à des animaux de contrôle.

Il résulte de ces recherches, que, chez les animaux inanitiés, les premières manifestations de l'action de la digitaline se montrent déjà après l'injection d'une dose encore inefficace chez les animaux normaux. En même temps, la dose léthale est, pour ceux-là, moins élevée que pour ceux-ci.

L'inanition de peu de durée n'exerce pas d'influence notable sur la fréquence du pouls. L'inanition était-elle déjà de longue durée, la fréquence du pouls n'est pas aussi diminuée dans la première et la troisième période de l'action de la digitaline, ni aussi augmentée pendant la deuxième période, qu'on ne le remarque chez les animaux de contrôle. Parfois aussi le ralentissement des battements cardiaques de la troisième période faisait complètement défaut.

Quant à la pression sanguine, elle ne s'éleva que d'une manière insignifiante, chez les animaux inanitiés, pendant la première période de l'action de la digitaline, et en cas d'inanition prolongée, elle tomba au-dessous de la normale.

Enfin l'auteur s'assura de l'hypoexcitabilité du pneumogastrique chez les animaux inanitiés : plus durait l'inanition, et plus aussi était accusée la diminution d'excitabilité de ce nerf. C'est cette hypoexcitabilité du pneumogastrique des animaux inanitiés qui donnerait la clef pour le peu d'augmentation de la fréquence du pouls dans la première période de l'action de la digitaline.

Quant aux anomalies observées dans la pression sanguine, elles seraient attribuables à l'hypoexcitabilité du centre vaso-moteur, à l'affaiblissement de la contraction des vaisseaux sanguins périphériques et à l'activité amoindrie du muscle cardiaque chez les animaux en inanition. (*Wiener medicinische Presse*, 1895, n° 11, p. 423.)

Sur la rapidité comparative avec laquelle se résorbent quelques médicaments introduits, chez les sujets bien portants, par l'estomac ou le rectum (M. S. Bénézet, communication préalable, *Vratch*, 1895, n° 8, p. 207 et 208).— L'auteur s'est arrêté dans ses recherches sur l'iodure de potassium et le salicylate de soude, à cause de leur apparition rapide et de la facilité avec laquelle on décèle leur présence dans les excrétions. Les expériences ont été faites sur vingt-cinq hommes bien portants âgés de vingt et un à vingt-cinq ans. Pour rendre les résultats comparables, on entreprenait, sur chacun d'eux, deux séries comparées d'expériences; dans l'une, on introduisait dans l'estomac (à jeun) et ensuite dans le rectum (1 heure et demie après lavement) 3 décigrammes d'iodure de potassium, et dans l'autre série 3 décigrammes de salicylate de soude.

Voici les résultats obtenus par l'auteur quant à la résorption de l'iodure de potassium et du salicylate de soude :

1° Ces substances sont résorbées par le rectum aussi énergiquement que par l'estomac;

2° Quant à la rapidité de la résorption, elle n'est pas plus accusée pour les substances introduites par le rectum que pour celles administrées par l'estomac; les légères oscillations en faveur de l'un ou de l'autre sont, sans doute, dues à des variations individuelles des sujets en expérience.

Contribution à l'influence de l'âge et de la vie sexuelle des femmes bien portantes sur la rapidité avec laquelle les médicaments sont résorbés de l'estomac (V. P. Démidovitch, communication préalable, *Vratch*, 1895, n° 10, p. 265 et 266). — L'auteur s'est servi pour ses recherches de l'iodure de potassium et du salicylate de soude. Il a étudié la question chez 73 femmes (pour la majorité, des paysannes), dont 49 pour élucider l'influence de l'âge, 8 pour élucider l'influence des règles et 18 pour élucider l'influence de la grossesse sur la rapidité de résorption des médicaments introduits par l'estomac.

I. *Influence de l'âge.*— On sait que *Yatsouta* (thèse de Saint-Pétersbourg, 1890) ayant étudié la même question chez l'homme, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'iodure de potassium aussi bien que le salicylate de soude sont rapidement résorbés chez les adultes, plus rapidement encore dans l'adolescence et plus lentement chez les vieillards;

2° L'iodure de potassium apparaît dans la salive en moitié de temps qu'il ne faut pour son apparition dans l'urine;

3° Le salicylate de soude apparaît dans l'urine plus rapidement que l'iodure de sodium.

Pour les 48 femmes étudiées par l'auteur (131 observations, dont 49 avec iodure de potassium, 49 avec salicylate de soude et 23 pour étudier les variations quotidiennes), l'influence de l'âge était de même ordre que dans les expériences de Yatsouta : résorption plus rapide dans l'adolescence et plus longue dans la vieillesse. Chez les femmes jeunes et vieilles, les résultats obtenus variaient peu d'un jour à l'autre, tandis que chez les femmes pendant les règles, les différences d'un jour à l'autre étaient très accusées.

Dans quelques cas rares, l'apparition de l'iodure de sodium dans la salive coïncidait avec son apparition dans l'urine, mais plus souvent elle lui était antérieure de deux à trois minutes. Quant au salicylate de soude, sa présence dans l'urine était décelée presque en même temps que celle de l'iode.

II. *Influence des règles.* — L'auteur a fait en tout 96 observations sur 8 femmes. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° Dans 7 cas, la résorption de l'iodure de potassium devint plus active deux à quatre jours avant le début des règles et trois fois le jour même de leur apparition ;

2° La résorption était, dans tous les cas observés, ralentie vers la fin des règles ;

3° Avec la fin des règles, la rapidité de résorption allait en progressant jusqu'à une certaine limite qu'elle gardait presque sans oscillation pour devenir de nouveau plus énergique vers le com-

mencement des règles. Ainsi que nous l'avons déjà noté plus haut, les variations quotidiennes, presque nulles chez les enfants et les vieilles femmes, étaient très accusées chez les femmes réglées.

III. *Influence de la grossesse.*— De 87 observations sur 16 femmes enceintes (9 primipares et 7 multipares), voici les résultats obtenus :

1° La résorption de l'iodure de potassium et du salicylate de soude s'effectue chez les gravidiques en moins de temps que chez les femmes non enceintes;

2° L'âge des femmes enceintes et la rapidité de résorption sont en raison inverse l'un de l'autre;

3° Plus la femme approche du terme de la grossesse, et plus est rapide la résorption;

4° Chez les multipares, la résorption s'accomplit plus énergiquement que chez les primipares.

Pour l'étude de l'influence de l'âge et de la grossesse, l'iodure de potassium et le salicylate de soude étaient administrés à la dose de 6 centigrammes par chaque 10 kilogrammes du corps. Dans l'étude sur les règles, on laissait de côté le poids et toutes les femmes recevaient indistinctement 3 décigrammes de chacune de ces deux substances.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire de Thérapeutique, de Matière médicale, de Pharmacologie, de Toxicologie et des Eaux minérales, publié par DUJARDIN-BEAUMETZ, avec la collaboratiou de MM. G. BARDET, secrétaire de la rédaction, DEBIERRE, EGASSE, MAIN et MACQUARIE. Supplément formant un cinquième volume de 900 pages, grand in-8° à deux colonnes, avec 150 figures dans le texte. Prix : 25 francs. Paris, 1895. O. Doin, éditeur.

C'est au moment où s'achevait le Supplément au *Dictionnaire de Thérapeutique* que la mort est venue frapper Dujardin-Beaumetz, le 15 février dernier.

L'auteur principal de ce grand ouvrage, l'éminent clinicien, dont

les leçons avaient eu un si grand succès, a travaillé jusqu'à sa dernière heure à ce Supplément, qui sera le dernier travail où figurera son nom. La dernière signature du maître a été apposée sur la feuille 49, et cependant il n'aura pas eu la joie de voir paraître de son vivant ce bel ouvrage qui lui a coûté tant de soins.

C'est en 1889 qu'a paru le dernier des fascicules du tome quatrième du *Dictionnaire de Thérapeutique*. L'ouvrage avait été commencé en 1884, il a donc fallu seulement cinq ans pour achever cette œuvre énorme qui représente plus de 3 500 pages à deux colonnes in-quarto, soit la valeur de quinze volumes in-octavo de 1 000 pages.

Pourtant, malgré la rapidité avec laquelle avait pu être menée la publication de cet ouvrage, la science progresse à notre époque avec une telle vitesse, qu'au moment où l'ouvrage finissait, non seulement les premiers volumes, mais encore les derniers eux-mêmes se trouvaient en retard.

La thérapeutique, en effet, au cours des années qui se sont écoulées depuis 1884 jusqu'à 1889, s'est enrichie d'une quantité considérable de médicaments précieux, de sorte que le *Dictionnaire de Thérapeutique* à peine terminé se trouvait déjà moins au courant de la science. Un *addenda* figure bien à la fin de l'ouvrage, mais naturellement il dut être fait à la hâte, et ses articles ne purent pas être établis avec une importance suffisante.

En 1894, M. Dujardin-Beaumetz résolut de rajeunir son œuvre; il avait le désir de laisser après lui un véritable monument de la thérapeutique de son époque. Mais pour réussir dans cette entreprise, il fallait agir avec une grande rapidité, sous peine d'être dépassé par le temps.

Grâce à l'activité de M. Dujardin-Beaumetz et de ses collaborateurs, les additions nécessaires ont pu être faites au fur et à mesure des corrections d'épreuves, de sorte que l'ouvrage entier peut être considéré comme au point et représente en réalité l'état de la science en 1895.

Le Supplément est donc le complément nécessaire des quatre premiers volumes. Tous les mots nouveaux, c'est-à-dire les nombreux médicaments introduits depuis six ans dans la thérapeutique, y sont longuement traités, et les articles qui leur ont été consacrés représentent le résumé aussi complet que possible de tous les travaux parus dans les diverses publications.

Les anciens articles ont été mis à jour, soit pour la *matière médicale* et la *pharmacologie*, soit pour la *pharmacodynamie* et la *thérapeutique*. De plus, quand la nécessité s'en est fait sentir, les vieux articles ont été complètement transformés.

Enfin la liste des *eaux minérales* de France et de l'étranger a été soigneusement revue, de sorte que le *Dictionnaire de Thérapeutique*

est certainement l'ouvrage qui peut donner sur un sujet aussi intéressant les renseignements les plus complets et les plus détaillés.

Tel qu'il se présente aujourd'hui, cet ouvrage est, nous pensons pouvoir l'affirmer, non seulement le digne complément des œuvres thérapeutiques de l'éminent clinicien de l'hôpital Cochin, mais encore une véritable encyclopédie de thérapeutique, dans laquelle le lecteur est assuré de trouver tous les renseignements sur la *matière médicale*, la *pharmacologie*, la *chimie*, la *toxicologie*, l'*analyse*, la *physiologie* et la *thérapeutique* des divers produits, plantes ou eaux minérales, avec les indications bibliographiques renvoyant aux travaux originaux des auteurs cités.

Guide de thérapeutique générale et spéciale, par les docteurs AUVARD, BROCQ, CHAPUT, DELPEUCH, DESNOS, LUBET-BARBON, TROUSSEAU ; publié sous la direction du docteur AUVARD, accoucheur adjoint de la Maternité. Deuxième édition. Un joli volume in-18 colombier de 700 pages, relié, maroquin souple, tranches peignes. O. Doin, éditeur.

Le *Guide de thérapeutique générale et spéciale* est un livre absolument nouveau par sa forme et destiné à rendre les plus grands services aux médecins praticiens.

Sous un format de poche et en 700 pages se trouvent réunies toutes les notions de thérapeutique médicale, chirurgicale et spéciale.

Les matières ont été traitées par ordre alphabétique, chaque article étant signé de son auteur. Ce groupement sous forme de dictionnaire rendra faciles et promptes toutes les recherches, de telle sorte qu'en quelques secondes on aura le renseignement thérapeutique désiré.

Ce guide, en outre qu'il constituera un précieux aide-mémoire pour le médecin, sera aussi l'expression des derniers progrès dans chaque branche thérapeutique et deviendra le vade-mecum indispensable à tous ceux qui se livrent à l'art de guérir.

La deuxième édition de ce livre qui vient de paraître a subi de notables améliorations ; outre que certains chapitres ont été complètement refondus, notamment celui qui a trait au traitement de la diphtérie, toute la partie médicale a été, suivant le désir exprimé par de nombreux médecins, augmentée de formules de manière à faciliter les prescriptions.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.



HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

(15 MAI 1895)

Les glycérophosphates (1);
Action sur la nutrition, indications thérapeutiques, mode d'administration;

Par ALBERT ROBIN,
de l'Académie de médecine.

IV. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE LA MÉDICATION GLYCÉROPHOSPHATÉE.

Les propositions physiologiques qui précèdent vont nous permettre de fixer celles des indications thérapeutiques des glycérophosphates qui découlent de leurs effets physiologiques sur la nutrition.

Je dois d'abord déclarer qu'aucune maladie ne réclame absolument l'emploi de ces médicaments, pas plus qu'aucune maladie ne les contre-indique. Le temps est passé où l'on pensait pouvoir opposer des entités médicamenteuses à des entités morbides, car pourquoi redire encore que la maladie n'est pas une, que chacun la réalise suivant ses aptitudes, et que ce n'est pas l'abstraction maladie qu'il faut combattre, mais bien les éléments morbides dont elle est composée, éléments qui peuvent être différents pour une même extériorisation symptomatique.

Prenons, comme exemple, la neurasthénie, dont on a voulu faire une entité que j'ai déjà démembrée en partie, et qui n'est qu'une façade symptomatique derrière laquelle s'abritent des troubles de nutrition dont quelques-uns sont essentiellement divergents. Il est tel neurasthénique auquel la médication glycérophosphatée convient merveilleusement, tel autre auquel elle sera nuisible. Supposons, en effet, pour

(1) Suite. Voir le précédent numéro.

répondre à cette dernière éventualité, un neurasthénique chez lequel dominent cliniquement les phénomènes d'excitation, et qui, au point de vue de sa nutrition, présente une exagération des échanges azotés avec oxydations accrues; ici, la médication glycérophosphatée sera tout à fait contre-indiquée. Mais, chez ce même neurasthénique, voici l'élimination de l'acide phosphorique qui croît plus que celle de l'urée ; le rapport Ph^2O^5 : AzT dépasse 25 pour 100, par exemple; il est évident que ce qui domine alors, ce n'est plus la suractivité des échanges azotés quelconques, mais bien celle des organes qui, comme le système nerveux, sont riches en azote et en phosphore. Comme la médication glycérophosphatée modère la désassimilation nerveuse et favorise la reconstitution du système, par voie d'épargne, elle devient immédiatement indiquée. Elle sera également indiquée chez cet autre neurasthénique à échanges azotés amoindris, chez celui qui est phosphaturique ou phosphorurique, etc.

Je pourrais multiplier ces exemples et les étendre à bien des prétendues entités, à la chlorose entre autres, dont la variété chlorose avec amoindrissement des oxydations réclame les glycérophosphates, tandis qu'ils sont contre-indiqués dans la chlorose où les oxydations sont exagérées (1). Mais ce qui vient d'être dit est suffisant pour justifier la doctrine thérapeutique que je soutiens depuis si longtemps.

Ceci dit, les indications thérapeutiques d'ordre nutritif de la médication glycérophosphatée sont les suivantes :

1° *La déchéance des échanges azotés, aussi bien dans leurs actes désassimilateurs que dans leurs actes d'oxydation.* — Nom-

(1) J'enseigne depuis six ans que la chlorose n'est pas une maladie, qu'il y a quatre processus morbides qui, quoique différents, revêtent l'apparence extérieure, actuellement individualisée sous le nom de chlorose, et réclament des traitements tout à fait dissemblables. Je ferai de cette étude l'objet d'un mémoire prochain.

breux sont les états morbides où pareilles conditions se rencontrent et où la médication m'a donné de favorables résultats. Citons, entre autres :

A. La forme de *chlorose* dont il vient d'être question, et qui s'améliore rapidement par l'emploi combiné des glycérophosphates de fer, de soude et de potasse.

B. La *goutte* chronique, alors que le malade, en imminence de cachexie, est en état de déchéance nutritive, avec de faibles éliminations d'urée et un coefficient d'oxydation abaissé. La goutte franche, avec azoturie ou urée normale, est une contre-indication.

C. Le *diabète* à la période cachectique, quand il s'agit non plus de combattre la glycosurie, mais de relever l'organisme défaillant. Même contre-indication pour le diabète floride.

D. Les *obèses* qui rendent peu d'urée et dont le coefficient d'oxydation s'abaisse au-dessous de la normale.

E. La *phtisie pulmonaire chronique*, non que la médication ait une influence quelconque sur le bacille de Koch, mais avec le double but de mettre l'organisme en meilleur état de résistance, de stimuler ses actes de défense, et de remédier à la déminéralisation cellulaire qui, comme je l'ai récemment démontré, prépare le terrain au bacille et favorise son agression (1).

F. La *maladie de Bright chronique* où la déperdition d'albumine est considérable et l'urée très diminuée. Dans plusieurs cas de ce genre, j'ai vu, sans que l'albumine subît, d'ailleurs, de diminution bien marquée, l'état général s'améliorer, les forces revenir, en même temps que les recherches chimiques démontraient une moindre déperdition par les garde-robes de l'azote ingéré et un relèvement du taux de l'urée.

(1) Albert Robin, *Études cliniques sur la nutrition dans la phtisie pulmonaire chronique*, troisième partie (*Archives générales de médecine*, avril 1895).

G. L'*albuminurie phosphaturique*, surtout la variété que j'ai décrite sous le nom d'*albuminurie phosphato-neurasthénique*. Sur les 6 malades ainsi traités, chez l'un, l'albumine, qui s'élevait à 0,30, a disparu rapidement; chez les 5 autres, la moyenne de l'albumine, qui était de 1,02, est tombée à 0,509. Le premier malade, qui ignorait la présence de l'albumine, se plaignait de fatigue intellectuelle et d'impuissance musculaire, liées à de sourdes et continues douleurs lombaires; ces symptômes disparurent avant même l'albuminurie.

H. Les *dyspepsies avec insuffisance gastrique et hypochlorhydrie* où l'abaissement de l'urée traduit l'insuffisance de l'assimilation azotée. Mais il ne convient alors d'utiliser la médication glycérophosphatée qu'après un traitement gastrique approprié et comme traitement de seconde étape, uniquement destiné à remonter l'état général.

I. Les *vieillards affaiblis*, à nutrition languissante, éprouvent une sorte de remontement plus accentué et surtout plus constant qu'avec le liquide testiculaire. L'augmentation des échanges azotés démontre qu'il ne s'agit pas là d'une affaire de suggestion, comme on l'a prétendu.

J. Citons encore, parmi les observations recueillies, trois malades fatiguées par une cure intensive à Vichy, et rapidement relevées par la médication glycérophosphatée. L'une de ces malades, atteinte d'entéroptose et de neurasthénie, revenait de Vichy sans forces, sans appétit, amaigrie par une cure qu'elle avait mal supportée, et se plaignant surtout d'essoufflement et d'intermittences cardiaques. Après un mois de repos et de traitement, tous ces accidents avaient disparu.

Il est inutile d'insister davantage, sous peine de passer en revue tous les états morbides où intervient comme élément la diminution des échanges azotés.

2° La deuxième indication réside dans *l'influence de la*

médication sur la nutrition hépatique. Elle sera donc indiquée dans les *insuffisances hépatiques* et contre-indiquée dans tous les états morbides où entre en jeu la suractivité du foie. C'est ainsi que, dans deux cas de cirrhose hypertrophique avec ictère, le résultat de la médication a été absolument nul, même au point de vue du remontement général. Au contraire, les sédiments briquetés de l'urine, formés d'urates teintés par l'uroérythrine, sédiments qui sont un des signes les plus constants de l'insuffisance fonctionnelle du foie, disparaissent souvent dès les premières injections ou après quelques jours de médication interne.

3° J'arrive à une indication fondamentale : c'est celle de la *déchéance du système nerveux*, soit par dénutrition exagérée, soit par assimilation insuffisante. Cet élément morbide, qui se rencontre dans les maladies les plus disparates, constitue vraiment la dominante d'action de la médication glycérophosphatée. Citons comme exemples :

A. La *convalescence des maladies aiguës*, et avant tout la *convalescence de la grippe*, dont les suites nerveuses ont si fréquemment attiré l'attention des médecins et du public, à la suite des épidémies qui se sont succédé depuis plusieurs années. La médication interne à l'aide des glycérophosphates associés suffit dans la plupart des cas.

B. Les diverses *phosphaturies*, à l'exception de la phosphaturie secondaire à la dyspepsie hypersthénique avec hyperchlorhydrie, qui ne m'a pas paru améliorée.

C. Un grand nombre de cas de *neurasthénie*, quand celle-ci succède à la phosphaturie, à la phosphorurie, aux dyspepsies par insuffisance gastrique, aux fatigues intellectuelles avec surmenage nerveux suivant tous ses modes. L'indication clinique essentielle de la médication, c'est la dépression ou l'asthénie nerveuse. A ce propos, j'ai observé nombre de cas fort intéressants. C'est ainsi que l'amélioration m'a paru porter principalement sur le vertige, la céphalée, la force

musculaire, le plus de facilité du travail intellectuel, tandis que l'insomnie, la tachycardie et en général tous les phénomènes d'excitation subissent plutôt une aggravation. Chez un neurasthénique morphinomane, aucun effet; chez un autre, atteint aussi de *spermatorrhée*, amélioration sensible. Enfin, d'une façon exceptionnelle, puisque le cas ne s'est présenté que deux fois, j'ai constaté un peu d'*excitation génésique*.

D. J'ai traité aussi, par cette médication, plusieurs cas d'*atrophie musculaire* de diverses origines. L'atrophie d'origine rhumatismale s'améliore sensiblement, surtout quand on emploie concurremment le massage ; et nous publierons bientôt deux observations de paralysie avec atrophie par béquilles, où les injections sous-cutanées ont rendu les plus grands services.

E. Dans les *paralysies en général*, les résultats ont été médiocres. Tout au plus peut-on compter à l'actif de la médication deux cas de paralysie saturnine et un cas de paralysie oxycarbonique. Encore conviendrait-il de savoir ce qu'il serait advenu de ces trois cas, s'ils avaient été traités par les moyens ordinaires ?

F. Les douleurs des *ataxiques*, le *tic douloureux de la face*, la *sciatique*, le *lumbago chronique*, m'ont fourni des succès qui tendraient presque à faire, dans quelques cas, du glycérophosphate une sorte de spécifique de certaines douleurs. Ainsi, dans le tabes dorsal, les douleurs fulgurantes s'atténuent ou disparaissent sept fois sur dix cas. Dès les premières injections, les tabétiques éprouvent une sensation de fourmillement et de vibration, avec parfois des inquiétudes dans les membres inférieurs ; d'autres ont des insomnies. Mais tout cela est de courte durée; dès la fin de la première semaine et parfois même dès les premières injections, les douleurs s'apaisent. Plusieurs malades déclarent éprouver une certaine amélioration dans l'équilibre, poser mieux le pied à terre, avoir moins d'appréhension à se mettre en marche. Quel-

ques-uns ont affirmé qu'ils dirigeaient mieux leurs mouvements, qu'ils sentaient mieux le sol, que la sensation de froid et de sécheresse dans les jambes qu'ils ressentaient auparavant avait disparu. Mais je dois à la vérité de déclarer que tout cela m'a paru d'ordre suggestif, au lieu que l'apaisement de la douleur ne saurait faire de doute.

Quant au *tic douloureux de la face*, j'en possède maintenant 2 cas qui ont présenté tous les deux une amélioration des plus manifestes.

La *sciatique* m'a donné aussi de fréquents succès. Sur 15 cas, 12 ont été guéris ou mis en état de reprendre leurs occupations. Dans quatre observations, les douleurs se sont apaisées dès la troisième injection.

Le *lumbago* résiste davantage, mais la combinaison des injections avec l'emploi du jaborandi réussit 8 fois sur 11 cas (1).

G. Aucun effet n'a été observé dans les *maladies mentales*, ni dans la *paralysie générale progressive*. La médication est même à redouter chez les malades excitables. Un tabétique atteint de troubles intellectuels mal définis s'est plaint, à la quatrième injection, de crises gastriques douloureuses. Un individu, soupçonné de paralysie générale au début, reçut six injections en six jours; la nuit suivante, il se réveille subitement avec des hallucinations, criant au meurtre, s'armant d'un couteau et voulant descendre de son lit, pour frapper un ennemi imaginaire; ses voisins parviennent à le calmer et il se rendort avec difficulté.

Par contre, chez un *mélancolique* très déprimé, la médication a paru provoquer un peu de mieux. Mais le nombre des malades traités est trop faible pour qu'on puisse fixer toutes les indications et les contre-indications des glycérophos-

(1) Albert Robin et P. Londe, *Torticolis et lumbago d'origine articulaire* (*Revue de médecine*, 1894).

phates. La seule chose que je sache, c'est qu'ils sont nuisibles chez les malades excités.

H. Les résultats acquis dans un cas de *maladie d'Addison* font bien augurer de l'emploi des glycérophosphates dans cette maladie. Un feuillagiste âgé de trente-trois ans, atteint depuis six mois, présentant les symptômes caractéristiques de la maladie bronzée, arrive à l'hôpital dans un tel état de faiblesse qu'on doit le porter dans la salle. Il a une anorexie complète, des vomissements, une sensation de réfrigération totale, une perte de toute faculté génitale. On le soumet, pendant trente jours, à l'injection quotidienne de 50 centigrammes de glycérophosphate de soude. Il sort de l'hôpital après quarante-cinq jours de séjour, mangeant et digérant bien, ayant gagné 3k,500, donnant au dynamomètre 45 kilogrammes au lieu de 25 kilogrammes, et assez fort pour reprendre son travail (1). Pendant ce temps, les échanges nutritifs se sont fortement amendés dans tous leurs modes, comme on peut s'en rendre compte en consultant les tableaux I à VIII. Seule, la pigmentation de la peau et des muqueuses n'a pas rétrocédé. Je suis cet homme depuis deux ans. Dès qu'il se sent moins fort, il vient à la Pitié, demande des injections et, quelques jours après, retourne à son travail. Il est juste d'ajouter que l'action de la médication glycérophosphatée a été aidée par l'emploi simultané de l'huile de foie de morue et de l'arséniate de soude qui, antérieurement employés seuls, n'avaient produit aucun soulagement.

4° La quatrième indication vise les *échanges calciques*. On conçoit quelle valeur elle peut prendre dans un grand nombre d'*affections osseuses*, comme le rachitisme, l'ostéomalacie, les fractures, les maladies de croissance, etc. Évidemment, ce sont les glycérophosphates de chaux et de magnésie qu'il convient alors d'employer.

(1) L'observation complète sera publiée.

J'ai indiqué, chemin faisant, les principales *contre-indications* révélées à la fois par l'observation et par la connaissance de l'action physiologique des glycérophosphates. Ajoutons encore qu'ils sont inutiles dans tous les états morbides accompagnés d'azoturie, et dans ceux où les oxydations organiques dépassent la normale.

En somme, ce qui domine dans cette médication, c'est son influence élective sur le système nerveux; c'est cette influence d'où dépendent, à n'en pas douter, tous les effets des glycérophosphates sur les divers échanges organiques, et ils doivent être considérés comme les *médicaments de la dépression nerveuse*, par opposition au bromure de potassium et à l'antipyrine qui sont les *médicaments de l'excitation nerveuse* (1).

V. MODE D'ADMINISTRATION ET DOSES.

Les glycérophosphates que j'ai employés sont ceux de chaux, de fer, de soude, de magnésic et de potasse. On les administre soit en injections sous-cutanées, soit par la bouche.

En *injections sous-cutanées*, je me suis surtout servi des sels de chaux, de soude et de magnésie. Le sel de chaux se prépare en solution à 5 pour 100 ; celui de soude, en solution à 20 pour 100. On peut injecter, par jour, de 1 à 10 centimètres cubes de chacune de ces solutions ; c'est-à-dire de 5 à 50 centigrammes de glycérophosphate de chaux, et de 20 centigrammes à 1g,20 de glycérophosphate de soude.

Les solutions doivent être préparées d'une manière tout à fait aseptique, par très petites quantités à la fois, et conservées soit dans des ampoules de 2 centimètres cubes, soit

(1) Albert Robin, *De l'antipyrine, son action sur la nutrition, ses indications principales* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1887).

dans de petits flacons stérilisés dont le contenu ne servira que pour une seule injection. J'insiste sur ces précautions, car les solutions glycérophosphatées sont d'excellents milieux de culture pour de nombreux microbes et se contaminent très facilement.

Les injections seront faites avec toutes les précautions antiseptiques d'usage. On se sert d'une seringue tout en verre, à piston de caoutchouc démontable, qu'on plongera pendant quelques minutes dans l'eau bouillante, ainsi que la petite capsule de verre dans laquelle on doit recueillir le contenu de l'ampoule ou du flacon. La peau du sujet sera savonnée, puis passée à la liqueur de Van Swieten. Avec ces précautions, sur les milliers d'injections que j'ai pratiquées, je n'ai jamais eu un abcès, ni la moindre trace d'inflammation.

On peut faire les injections sur toute l'étendue de la peau. Choisir de préférence les membres et le dos. Quand il s'agit de combattre une douleur, faire l'injection *loco dolenti*, et successivement sur tout le trajet du nerf douloureux ; en un mot, poursuivre la douleur à l'aide des injections.

L'injection en elle-même n'est pas plus douloureuse qu'une piqûre de morphine ou d'eau simple. A son niveau, la peau rougit, prend un relief, et reste sensible pendant quelques instants. Immédiatement après la piqûre, le patient perçoit une sensation passagère de vibration ou d'engourdissement dans la région piquée, et tout se borne là.

Par la *voie stomacale*, employer les glycérophosphates sous forme de cachets, de pilules, de sirop, etc.

Les doses sont, pour les sels de chaux, de soude, de potasse et de magnésie, de 30 centigrammes à 1 gramme par jour, de préférence au milieu des repas ; pour le glycérophosphate de fer, de 10 à 30 centigrammes par jour.

Il y a presque toujours intérêt non seulement à associer les divers glycérophosphates, mais à leur ajouter des médicaments ayant une action similaire sur la nutrition. C'est ainsi

que la kola, les strychniques entrent dans la composition de mes formules.

En voici une qui m'a rendu de grands services :

℞ Glycérophosphate de chaux.......		6 grammes.
— de soude.....	ãã	2 —
— de potasse....		
— de magnésie...		
— de fer.........		1 —
Teinture de fève de Saint-Ignace...		xxx gouttes.
Pepsine..........................		3 grammes.
Maltine..........................		1 —
Teinture de kola.................		10 —
Sirop de cerises (pour compléter).		200 —

Prendre une cuillerée à soupe au milieu du déjeuner et du dîner.

Ce sirop est très difficile à préparer. Il doit être rouge cerise, limpide, sans dépôt, et l'on ne parvient guère à cela qu'à l'aide d'un tour de main. Aussi, je le remplace souvent par les cachets suivants :

℞ Glycérophosphate de chaux............		0g,30
— de soude..........	ãã	0 ,10
— de potasse.........		
— de magnésie.......		
— de fer..............		0 ,05
Poudre de fève de Saint-Ignace.........		0 ,03
Pepsine.............................		0 ,15
Maltine.............................		0 ,05

Pour un cachet. Un cachet au milieu du déjeuner et du dîner.

Les cachets sont quelquefois moins facilement tolérés que le sirop. Ils provoquent alors une sorte de lourdeur stomacale et même des aigreurs, inconvénients que je n'ai jamais constatés avec le sirop.

Les doses ci-dessus constituent des moyennes. Mais il faudra compter avec la susceptibilité des sujets, et se guider pour la question de doses sur deux choses, l'excitabilité accrue du malade et l'insomnie. Alors, il faudra suspendre

le médicament et recommencer quelques jours plus tard avec des doses de moitié moins élevées.

Pour le glycérophosphate de fer, qui me paraît être le meilleur ferrugineux qu'on puisse conseiller dans le traitement des chloroses et des anémies avec insuffisance des oxydations azotées, la forme pilulaire est préférable. J'emploie la formule suivante :

℞ Glycérophosphate de fer.........	0g,05 à 0g,10
Poudre de rhubarbe....................	0 ,05
Extrait de quinquina....................	0 ,15

Pour une pilule. Donner de 2 à 3 pilules par jour, au moment des repas.

Toutes les préparations qui précèdent ont l'inconvénient d'être assez coûteuses. A la rigueur, on les remplacera simplement, quoique avec une moindre activité, par le glycérophosphate de chaux en cachets, aux doses précédemment indiquées.

Pour qu'on obtienne de la médication glycérophosphatée des résultats comparables, il faut employer des produits réellement actifs. A ce propos, je dois déclarer qu'aucune des préparations toutes faites de glycérophosphates mises dans le commerce ne m'a complètement satisfait. Je n'en emploie ni n'en conseille aucune, et je recommande aux médecins de leur préférer les formules magistrales précédentes. C'est ainsi seulement qu'ils obtiendront les effets signalés au cours de cette leçon.

Qu'il me soit permis, en terminant, de protester énergiquement contre la spéculation faite par un industriel, qui utilise une similitude de noms pour établir, à son profit, une confusion, et couvrir les journaux médicaux d'annonces où mon nom s'étale en grosses lettres, sans aucun prénom distinctif, et cela malgré mes réclamations. C'est là un procédé dont je veux publiquement flétrir l'inconvenance, en outre des poursuites judiciaires que je me réserve de faire.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Note sur le traitement de la malaria;

Par le docteur Klein,
de Khaïfa (Syrie).

Les entreprises coloniales de ces dernières années ont eu pour résultat de placer un très nombreux personnel (militaires, administrateurs, colons) dans des conditions où l'infection malarique est inévitable, et s'il y a quelque temps, le praticien exerçant dans un pays où la malaria est inconnue risquait fort de passer toute sa vie sans avoir à traiter un seul cas de cette affection, les choses se passent autrement maintenant. Nombre de personnes reviennent annuellement pour se remettre d'un séjour plus ou moins prolongé dans ces pays malsains, et toutes ces personnes présentent différentes manifestations de la malaria, avec lesquelles le praticien doit être familiarisé. Il est de toute nécessité, pour un praticien, de bien connaître les différentes manifestations de cette maladie capricieuse, et d'appliquer le traitement approprié, car une faute de diagnostic et de thérapeutique peut avoir des conséquences toujours fâcheuses et souvent graves. En effet, la malaria ne se borne pas à la forme intermittente, réputée comme relativement bénigne. L'intermittence n'est qu'une modalité, une manifestation extérieure d'un état morbide qui frappe l'organisme dans ses parties essentielles et modifie profondément les grandes fonctions physiologiques. Nous allons exposer brièvement les changements anatomo-pathologiques produits par le mal et les perturbations physiologiques qui en résultent, puis, ensuite, nous ferons l'énumération des différentes formes sous lesquelles la maladie se présente et, finalement, nous exposerons la ligne de conduite thérapeutique appropriée à

chaque cas, telle que notre propre expérience des pays à fièvre palustre nous l'a fait comprendre.

Le premier élément qui est frappé dans le paludisme est le globule rouge du sang. Sous l'action de l'agent morbide, le globule rouge est altéré, et cette altération se produit de deux façons.

Dans la première, l'hémoglobine abandonne le globule rouge et se dissout dans le plasma où elle se transforme en matière colorante de la bile et, selon la quantité, donne une coloration à la peau pour produire le phénomène connu sous le nom d'*ictère*.

Selon l'autre mode, le globule lui-même est détruit, décomposé en fragments. Ces fragments, charriés par la circulation, sont éliminés comme tels ou se dissolvent dans le plasma.

Dans ces deux modes de destruction, l'hémoglobine devient un élément étranger à l'organisme, nuisible, dont ce dernier cherche à se débarrasser par des voies détournées. C'est Pamfik qui a, le premier, fixé l'attention sur ce point. Il examine par quelle voie l'organisme se débarrasse de l'hémoglobine ainsi mise en liberté. D'après lui, il y en a trois degrés.

1° Les globules rouges fragmentés, les fragments sont repris par la rate qui leur fait subir un travail régressif. La glande, par le surcroît de travail qu'elle s'impose, irritée par les produits étrangers, augmente rapidement de volume. Tel est le mécanisme de ces grosses rates qui caractérisent les fièvres paludéennes.

Lorsque l'hémoglobine se dissout simplement dans le plasma, sans que le globule soit détruit, c'est le foie qui s'en charge. Il sécrète une bile extrêmement riche en matière colorante.

En résumé, dans ce premier degré qui est propre à des accès simples de la fièvre intermittente, l'atteinte portée au

globule rouge du sang se manifeste par une grosse rate, ou par la sécrétion d'une bile très colorante et irritante.

Dans le deuxième degré, lorsque la quantité d'hémoglobine ainsi mise en liberté dépasse une certaine mesure, la rate et le foie ne suffisent plus pour débarrasser l'organisme d'un principe nuisible. C'est le tour des reins.

Ils se chargent de faire passer par les urines l'excès d'hémoglobine, ce qui produit le phénomène d'hémoglobinurie. Il va sans dire que le principe irritant, en passant par les reins, leur fait subir une certaine modification.

Cliniquement, ce degré correspond à la fièvre bilieuse hématurique.

Enfin, dans le troisième degré, les tubuli sont oblitérés, le fonctionnement des reins s'arrête et l'anurie apparaît. Cliniquement, cet état correspond à des formes très graves de la fièvre bilieuse hématurique.

Telle est la théorie de Pamfik, et il faut dire que, dans ses traits généraux, elle est vraie. Pourtant, il ne faut pas être exclusif, et le praticien s'expose à commettre des erreurs de pronostic si, dans tous les cas, il veut conclure des symptômes aux désordres subis par le sang. Au cours d'une attaque de malaria, la coloration de la peau peut être produite par la bile normale, grâce à un catarrhe intercurrent des conduits ; l'anurie est quelquefois un phénomène purement nerveux. Bref, la gravité de la maladie n'est pas en raison directe de l'ictère, et il faut prendre en considération tous les autres phénomènes qui, dans leur ensemble, présentent un tableau frappant qui ne trompera que rarement le praticien exercé.

Parallèlement avec la destruction des globules rouges, on constate dans l'organisme la présence du *pigment mélanique*. Découvert en 1847 par Meckel, il a fort intrigué la curiosité des savants au point de vue de sa formation. Primitivement, on croyait qu'il s'élaborait dans la rate ; en 1874,

Aronstein (de Kazan) fait publier un travail où il démontrait que ce pigment se formait dans le sang en circulation, aux dépens de l'hémoglobine dissoute. Actuellement, l'opinion générale est que le pigment se forme bien dans le sang, mais non plus aux dépens de l'hémoglobine, comme le pensait Aronstein ; il ne serait que le produit d'élaboration de la plasmodie de Laveran. Quoi qu'il en soit, dans aucune maladie fébrile on n'a trouvé le pigment mélanique, et à l'état actuel de la science, sa présence doit lever tous les doutes.

A côté du pigment mélanique, il se forme dans l'organisme le *pigment ocré*, sur lequel l'attention était attirée spécialement par Kelsch et Kiener. Contrairement au pigment mélanique, on ne le trouve pas dans les vaisseaux, mais dans les éléments propres des tissus (foie, rate, reins, moelle des os). Sa présence occasionne des troubles trophiques plus ou moins considérables, selon la quantité du pigment.

En résumé, les deux pigments ont une très grande importance dans le processus anatomo-pathologique de la malaria. Tant que dure la malaria, les deux pigments se forment. A mesure que l'affection devient plus ancienne, le pigment mélanique diminue de quantité, tandis que le pigment ocré augmente sans cesse.

Nous ne croyons pas nécessaire de donner la description des lésions anatomo-pathologiques causées par la malaria dans tous les organes ; cette description se trouve dans tous les ouvrages qui traitent ce sujet.

En renvoyant donc les intéressés à l'ouvrage de Kelsch et Kiener (*Traité des maladies des pays chauds*), nous abordons le vrai sujet de notre article, la thérapeutique de la malaria.

En résumé, le sang est diminué comme quantité et comme qualité. Le nombre des globules rouges est diminué, et leur richesse en hémoglobine aussi. La reconstitution du sang ne se fait que lentement, d'où le précepte que, dans le traitement de la fièvre paludéenne même bénigne, on ne sau-

rait se contenter de prévenir l'accès; il incombe au médecin d'aider l'organisme dans son travail de réparation, ce qui implique tout un ensemble de mesures hygiénique et thérapeutique que nous exposerons plus bas.

En effet, il n'y a pas d'autre maladie, sauf l'hystérie, pour présenter tant de modalités dans ses manifestations, pour être si capricieuse dans sa marche.

C'est pour cela que nous nous servons du terme plus général de *malaria*, au lieu de *fièvre intermittente*, cette dernière n'étant qu'une forme, il est vrai la plus fréquente, mais loin d'embrasser la majorité des cas.

Nous ne voulons pas suivre la tendance de certains auteurs qui se sont évertués à décrire, comme des maladies à part, les différentes modalités de cette étrange affection. Nous nous bornerons seulement à indiquer, chemin faisant, certaines applications thérapeutiques appropriées à des formes spéciales.

Néanmoins, une classification s'impose, car s'il est vrai que la quinine est la base du traitement des affections malariennes, l'intervention thérapeutique varie selon la modalité de la maladie. La malaria se présente sous quatre formes nettement tranchées : 1° fièvre intermittente ; 2° fièvre pernicieuse ; 3° fièvre hématurique ; 4° fièvres larvées. La première et la troisième sont nettement caractérisées ; quant aux deux autres, elles ont des allures tellement vagues que, souvent, le praticien très expérimenté se trouve dépisté et court des chances de faire des fautes de diagnostic.

Nous aurons donc à envisager, dans le présent article, les interventions thérapeutiques appropriées à chaque cas, c'est-à-dire le traitement de la fièvre intermittente proprement dite, de la pernicieuse, de la bilieuse hématurique et des fièvres larvées dans leurs innombrables manifestations. La fièvre intermittente, qu'elle soit quotidienne, tierce, quarte, etc., etc., débute, la plupart du temps, par un fris-

son, qui ouvre la scène ; sa durée et son intensité sont variables, et l'on peut dire en raison directe de la gravité du cas, quoique la fièvre intermittente ne soit pas grave en général.

Le frisson dure de quinze minutes jusqu'à une heure et demie ; le plus long que j'aie observé a duré deux heures, et le cas fut terminé par des signes de perniciosité qui ont mis en péril la vie du malade.

Ce premier stade ne comporte pas d'intervention thérapeutique. On couvre bien le malade, on met dans son lit des chaufferettes ou des bouteilles remplies d'eau chaude pour parer, autant que possible, à la désagréable sensation de froid. Le malade tremble, claque des dents, malgré tous les moyens qu'on met pour le réchauffer ; néanmoins, il ne faut pas dédaigner d'essayer de réchauffer le malade, car l'illusion qu'il a semble amoindrir ses souffrances.

Si les moyens extérieurs ne réussissent pas, l'infusion chaude de thé, additionnée d'un peu d'alcool, paraît plus efficace au cas où son administration ne trouve pas d'obstacle dans les vomissements. Très souvent, le stade du frisson est accompagné de vomissements très rebelles ; d'abord, ils sont alimentaires, puis bilieux, et enfin consistent en de vains efforts qui torturent horriblement le malade.

Ces vomissements ne sont pas dangereux en eux-mêmes, et leur violence ne comporte aucune appréciation de pronostic ; mais en dehors des souffrances qu'ils procurent, ils épuisent le malade.

Il faut donc les combattre avec tous les moyens appropriés. Ces vomissements sont accompagnés souvent de violentes douleurs d'estomac, douleurs lancinantes qui paraissent être concentrées dans le creux épigastrique.

Pour combattre les vomissements, il faut administrer la potion Rivière toutes les cinq minutes, une dose composée de deux cuillerées à bouche (une cuillerée de chaque com-

posant). Elle m'a paru toujours très efficace, mais il y a des cas où elle échoue. Dans ce dernier cas, il faut badigeonner le creux épigastrique à la teinture d'iode, ou mettre un sinapisme qui est encore plus efficace, à la condition que le malade puisse l'endurer au moins cinq minutes. Souvent les vomissements très rebelles ont cédé à un sinapisme, quand tous les autres moyens ont échoué.

Si tous ces moyens restent stériles, la cocaïne se montrera d'une puissance souveraine. Je la formule de la façon suivante :

Chlorhydrate de cocaïne................	0g,15
Eau....................................	60 ,00
Sirop diacode..........................	20 ,00
Eau de fleurs d'oranger................	20 ,00

Toutes les deux minutes, une cuillerée à café.

Les vomissements sont, dans la grande majorité des cas, arrêtés après l'ingestion de quatre à six cuillerées. Cependant il serait imprudent de dépasser cette dose, et il faut en user le plus rarement possible avec les enfants.

Telles sont les interventions, pour combattre les vomissements non accompagnés de gastralgie, que j'ai mentionnées plus haut. Pour combattre la gastralgie, j'ai renoncé à l'opium, pour les raisons suivantes : très souvent, l'accès de fièvre intermittente est accompagné de constipation ; nous aurons à purger le malade, et l'opium augmente la constipation. Les moyens les plus appropriés sont les cataplasmes sinapisés, gardés pendant cinq minutes ; après on enduit le ventre avec de l'huile chloroformée, et on le recouvre avec une flanelle. Quelques cuillerées d'eau chloroformée administrées à l'intérieur complètent le traitement.

En général, tous ces phénomènes cèdent aux moyens indiqués, et le malade entre dans le deuxième stade, celui de chaleur. Peu à peu, le frisson perd de sa violence, le patient sent des bouffées de chaleur lui monter à la figure, la

température s'élève très rapidement, elle atteint en une demi-heure 39 degrés, 40 degrés.

La peau est sèche, le pouls rapide, plein ; la soif dévore le malade ; les violents maux de tête ne lui laissent pas de repos.

La durée de ce stade est variable ; quelquefois elle n'est que de deux heures, et il y a des cas où elle se prolonge jusqu'à huit, dix, douze heures. Rien de spécial au point de vue thérapeutique pendant la durée de la chaleur. On administre des tisanes, de l'eau de Seltz par petites gorgées. C'est aussi le moment d'administrer les purgatifs, leur choix n'est pas sans difficulté, attendu qu'ils inspirent aux malades de la répugnance qui peut réveiller les vomissements. Les capsules d'huile de ricin me paraissent les mieux appropriées.

Il faut que je rapporte ici une recette pour administrer l'huile de ricin en lui enlevant son goût détestable. Je l'ai empruntée aux Arabes, et elle m'a toujours paru fort commode.

Dans un verre de lait, on verse de 15 à 20 grammes d'huile de ricin, et l'on chauffe le tout, en remuant avec une cuiller. Au bout de quelques minutes, on obtient une émulsion parfaite ; on l'édulcore avec du sirop de fleurs d'oranger. J'ai remarqué aussi que l'huile de ricin administrée de cette façon agit en dose moindre qu'administrée pure. Ainsi 15 à 20 grammes suffisent toujours pour purger un adulte.

Si la température n'est pas très élevée, c'est-à-dire si elle ne dépasse pas 38 à 39 degrés, et si en même temps les douleurs de tête ne sont pas très violentes, on peut se contenter de l'expectative, mais dans le cas contraire, il faut activer la sudation et soulager les maux de tête.

Le salicylate de soude et l'antipyrine sont d'excellents sudorifiques, et chaque fois que l'état des reins ne s'oppose

pas à l'emploi de ce premier médicament, il faut en user. La préparation suivante me paraît assez bonne :

Salicylate de soude........... Antipyrine..................	} ãa 2	grammes.
Liqueur anisée ammoniacale....	6	—
Sirop simple....................	30	—
Eau de fleurs d'oranger.........	20	—
Eau..........................	110	—

Toutes les heures, une cuillerée à soupe pour les adultes, une cuillerée à café pour les enfants jusqu'à l'âge de trois ans, et une cuillerée à dessert pour l'âge au-dessus.

Après un temps variable, la transpiration apparaît ; graduellement elle devient de plus en plus intense, et le troisième stade s'établit, stade de sueur, qui peut être considéré comme la terminaison de l'accès, et qui ne comporte aucune thérapeutique.

Tels sont les phénomènes et la thérapeutique d'un accès d'une fièvre intermittente normale sans complication.

Nous abordons maintenant le traitement quinique, le vrai traitement curatif.

Comme dans cet article nous poursuivons un but essentiellement pratique, celui de tracer au praticien une ligne de conduite méthodique en présence des différentes manifestations du paludisme, nous serons sobres vis-à-vis certains agents thérapeutiques qui étaient proposés ces derniers temps pour guérir la fièvre. Nous ne nous arrêterons que sur ceux dont l'efficacité était prouvée par la clinique, et déjà nous sommes obligés de dire qu'en dehors des sels de cinchonine, les autres ont donné des résultats fort incomplets, et dans des cas favorables, sujets à caution.

La quinine, jusqu'à nouvel ordre, est le seul spécifique du paludisme, et nous commençons par exposer la valeur des différents sels de cet alcaloïde.

Pour apprécier la valeur thérapeutique d'un sel de quinine,

nous avons à envisager deux facteurs : la richesse en principes actifs et sa solubilité. Le sel de quinine le plus usité, principalement en France, est le sulfate. Sa richesse en quinine est de 74,50 pour 100 ; il est peu soluble dans l'eau neutre, et cède sur tous les points au chlorhydrate qui est plus riche en quinine (81,60 pour 100), et parfaitement soluble. Il faut donc adopter le chlorhydrate de quinine une fois pour toutes. Évidemment, nous ne nous bornerons pas à cette combinaison, dans tous les cas indistinctement, mais chaque fois où nous ne viserons que le traitement exclusivement quinique, nous emploierons le chlorhydrate. Il y a une grande divergence d'opinion quand il faut s'entendre sur l'action physiologique de la quinine.

En ce qui concerne la circulation, les uns admettent qu'il y a une diminution de la pression artérielle, d'autres, au contraire, ont trouvé que la pression artérielle augmente, et que, par conséquent, la quinine serait un tonique du cœur. L'accord n'est pas plus parfait vis-à-vis du système nerveux. La quinine abolirait les fonctions de sensibilité et de motricité d'après les uns, elle les exciterait, d'après les autres. Cette différence dans les résultats obtenus par les expérimentateurs, s'explique par la différence des doses. En effet, en petite quantité, la quinine augmente la pression, elle est un tonique du cœur, et à des doses élevées, elle le déprime. De même pour le système nerveux. D'ailleurs il ne faut pas oublier que l'organisme malade se comporte différemment vis-à-vis certaines substances médicamenteuses, que l'organisme bien portant.

Il est quelquefois d'une tolérance surprenante et supporte des doses qui, dans l'état normal, seraient toxiques.

Tel l'opium dans la péritonite, telle la digitale dans la pneumonie, et telle la quinine dans la malaria.

Si nous n'envisagions que son action physiologique sur l'organisme normal, sa posologie serait tout autre. Si, par

exemple, dans un cas de fièvre pernicieuse, où le travail du cœur est fortement diminué, nous ne cherchions qu'à utiliser l'action tonique de la quinine, il nous faudrait employer une dose ne dépassant pas 1 gramme, et le résultat en serait désastreux. C'est, au contraire, des doses dépassant souvent 4 et 5 grammes (doses déprimantes au point de vue physiologique) qui réussiront à préserver le malade d'une mort imminente.

La quinine agit dans la cure des fièvres palustres, non en vertu de ses propriétés physiologiques, c'est un spécifique, et sa posologie se base sur l'expérience. Comment agit la quinine dans sa cure du paludisme? Avant que la découverte de Laveran ait été admise par la majorité des médecins, on expliquait les effets de la quinine par son action sur le système nerveux. Nous sommes en présence de deux opinions, celle de Briquet et celle de Pidoux. D'après la première, la quinine annihile les fonctions du système nerveux et empêche la production de l'accès; l'autre n'envisageant que les propriétés toniques de la quinine, veut qu'en tonifiant le système nerveux elle empêche ce dernier de faiblir sous l'action du miasme palustre.

Ces théories, qui se basent uniquement sur l'action physiologique de la quinine sur le système nerveux, sont loin d'être exactes. Certes, sous l'influence du paludisme, le système nerveux est fortement atteint; il semble même qu'il entre en état d'éréthisme, qu'il réagit très violemment pour s'épuiser vite. Mais la maladie ne consiste pas seulement dans le phénomène fièvre; cette dernière n'est qu'une manifestation extérieure caractéristique dans la modalité de fièvre intermittente. A côté de cette manifestation, il y a d'autres lésions réparables par la quinine. Nous avons vu que c'est le sang qui est modifié profondément dans ses éléments essentiels et que la fièvre, somme toute, n'est qu'un épiphénomène résultant d'une atteinte subie par le sang.

Il faut donc admettre que la quinine agit directement sur la cause même de la maladie. Il reste à élucider si cette action se porte directement sur le parasite lui-même, ou si elle neutralise le produit de sécrétion de ce dernier, et leur empêche ainsi d'exercer leur action nocive.

Il n'est guère improbable que les deux modes d'action soient vrais.

Après ces préliminaires, revenons au mode d'administration de la quinine. L'expérience nous a prouvé que le meilleur moment est immédiatement après la terminaison de l'accès, une heure à peu près après le stade de sueur. Nous l'administrons en un cachet de 1 gramme à 1g, 50, ou en potion, et toujours le chlorhydrate.

Dans les cas de fièvre intermittente, les doses massives nous ont paru préférables aux doses fractionnées. Mais comme il est difficile de faire admettre aux malades une potion d'une amertume extrême, nous nous servons de cachets médicamenteux. Chez les adultes, la dose n'est jamais inférieure à 1 gramme de chlorhydrate de quinine qu'on répète tous les jours une heure après la terminaison de l'accès. Au bout de quelque temps, quand les accès cessent de se reproduire, on doit diminuer la dose, et pendant trois jours, on administre 75 centigrammes à la même heure; les autres trois jours, on diminue la dose quotidienne de 50 centigrammes, et ainsi de suite pour cesser l'administration du médicament. Il ne faut jamais arrêter brusquement le traitement quinique sous peine de voir les accès se reproduire.

Dans un pays à malaria, on ne peut jamais considérer comme guérie une personne qui, à la suite d'un traitement, a vu ses accès de fièvre s'arrêter. Les accès de fièvre ont laissé trace de leur passage, c'est la rate qui est augmentée de volume, c'est l'estomac dont les fonctions sont altérées.

La digestion est difficile, l'appétit est languissant, et en général tout l'organisme est frappé par une anémie résul-

tant de la spoliation du sang. Cet état est d'autant plus fâcheux que l'organisme débilité résistera d'autant moins bien à de nouvelles attaques de l'agent de la fièvre.

Il incombe donc au praticien de mettre en mouvement un ensemble de moyens thérapeutiques appropriés. La grosse rate est une des affections les plus constantes à la suite du paludisme. Elle augmente avec une rapidité surprenante et il n'est pas rare de voir des rates remplir tout le ventre. La grosse rate n'est pas, en elle-même, une affection grave; mais laissée sans traitement, elle n'a pas de tendance à diminuer et chaque nouvelle attaque de fièvre en augmentant son volume, elle finit par acquérir des dimensions réellement surprenantes. Une rate très grosse pèse sur les intestins, gêne la circulation et la respiration, et rend les malheureux affectés de cette infirmité impropres à un effort physique prolongé.

C'est encore la quinine qui est l'agent principal dans le traitement des rates hypertrophiées. Mais ce traitement doit être prolongé, régulier. Il ne s'agit pas de faire pénétrer dans l'organisme une dose massive de quinine, comme nous avons procédé dans le traitement des accès; il faut tenir l'organisme sous l'action lente et continue de la quinine.

On peut la donner en pilules.

Quinine (chlorhydrate)........	} ãã	2 grammes.
Extrait mou de quinquina......	}	

F. S. A. — Pour vingt pilules.

Trois pilules par jour, matin, midi et soir.

La potion suivante peut être utilisée avec avantage :

Quinine (chlorhydrate).........	2	grammes.
Teinture de quassia amara.....	} ãã 4	—
Teinture de quinquina........	}	
Liqueur de Fowler.............	2	—
Sirop de fleurs d'oranger........	40	—
Eau..........................	150	—

Deux cuillerées à soupe par jour avant les repas.

Si l'hypertrophie de la rate est de longue date, il est utile de faire prendre au malade de l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour.

Parallèlement avec ce traitement interne, il faut instituer un traitement hydrothérapique local pour la rate, et général pour combattre l'anémie.

Voilà comment il faut procéder dans les cas où l'on n'a pas sous la main une installation d'hydrothérapie. Le malade déshabillé est étendu sur le dos; on prend un arrosoir d'une contenance de 5 à 8 litres rempli d'eau froide, et l'on en verse le contenu d'un certaine hauteur sur la région malade. Après cette douche locale, on frotte vigoureusement la rate en la malaxant, pour ainsi dire, pendant cinq minutes.

A la suite de ce traitement combiné, les rates diminuent de volume; mais il faut beaucoup de persévérance, et de la part du médecin et de la part du malade.

La douche froide, ayant pour but de combattre l'anémie consécutive, n'a rien de spécial dans son application. Il faut seulement être prévenu que, quelquefois, à la suite d'une douche froide, l'accès de fièvre peut réapparaître.

Dans ce cas, il faut cesser l'hydrothérapie pour reprendre le traitement des accès et recommencer les douches après, plus tard.

Il ne faut pas négliger le traitement par les douches, qui ont une très grande efficacité, si on les administre intelligemment. Les premières douches doivent être de très courte durée, dix secondes suffisent; aussitôt après la douche, on frictionne tout le corps avec une flanelle et l'on exige une petite promenade à pied ou à cheval,

Les effets de ce traitement se font sentir bien vite; l'appétit revient, la digestion se régularise et l'anémie disparaît. Ces moyens, appliqués avec persévérance, guériront sûrement les fièvres les plus invétérées, à la condition que la cure ait lieu en dehors du foyer paludique. Malheureuse-

ment, nous devons toujours compter avec les récidives là où la fièvre est endémique, et, à vrai dire, ce ne sont pas même des récidives, ce sont plutôt des cas de réinfection. Dans la grande majorité des cas, les habitants des ports ne peuvent guère se conformer aux règles sévères qui les mettraient à l'abri de l'infection, et il ne faut pas oublier qu'une attaque de malaria prédispose singulièrement à de nouvelles attaques. Je ne sais pas jusqu'à quel point est vraie l'assertion que les noirs, dans leur pays d'origine, sont réfractaires au mal. En tout cas, cette thèse serait fausse pour les aborigènes de la Syrie, où la fièvre règne sur toute l'étendue du pays et acquiert une très grande violence sur la côte. Les habitants sont très exposés à la fièvre, et les cas de fièvre pernicieuse sont plus fréquents parmi eux que parmi les nouveaux arrivants. Sans doute il faut attribuer cela à une grande pauvreté, au manque absolu d'hygiène privée et publique. Mais le même phénomène s'observe parmi les Européens. On résiste à la malaria pendant un certain temps, quelquefois un an, deux ans, et l'on finit fatalement par prendre la maladie. Une fois en possession du mal, on ne s'en débarrasse jamais. Les attaques se suivent et il arrive un moment où le changement de climat s'impose.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

(Hôpital de la Pitié.)

M. ALBERT ROBIN.

Traitement de la dyspepsie causée par gastrite chronique.

L'une des bases du traitement des maladies de l'estomac est la connaissance de la composition du suc gastrique et, par suite, du fonctionnement morbide de l'estomac. Autant

de malades, autant de chimismes différents, au moins par un ou deux détails ; aussi est-il paradoxal de vouloir déterminer, une fois pour toutes, le formulaire des affections dyspeptiques. Il est donc sage d'esquisser seulement le traitement, à propos de chaque cas particulier, en tenant successivement compte des indications spéciales au malade qu'on examine.

I. *Constipation.* — Un malade atteint de gastrite chronique digère mal par l'estomac, aussi le plus souvent voit-on l'intestin suppléer à la digestion gastrique ; il est donc capital de surveiller avant tout la fonction intestinale et de prévenir la constipation ; pour cela, indiquer les laxatifs, dès que les garde-robes retardent.

On se trouvera bien d'administrer les pilules laxatives suivantes :

PILULES LAXATIVES.

Poudre d'aloès socotrin		2g,00
Jalap	ãã	1 ,00
Turbith végétal		
Scammonée		
Savon médicinal		
Extrait de belladone	ãã	0g,15
Extrait de jusquiame		

Pour 25 pilules. Prendre une pilule le soir, ou une le matin et une le soir.

II. *Anorexie.* — L'appétit est faible ou nul ; on doit donc toujours l'exciter par les préparations amères bien connues, entre autres la *macération de quassia amara ;* mais, comme beaucoup de malades supportent mal les amers et en éprouvent un dégoût fâcheux, on peut remplacer la macération en administrant, dix minutes avant le repas, un *granule de quassine cristallisée* au milligramme.

III. *Douleur.* — L'intolérance gastrique étant souvent grande, on prévient la pesanteur provoquée par l'inges-

tion des aliments, et l'on stimule ce qui reste de glandes dans l'estomac, en faisant prendre au malade une cuillerée à soupe de la décoction suivante :

Condurango en poudre..........	15 grammes.
Eau..........................	250 —

Faire bouillir et réduire par ébullition à 150 grammes.

IV. *Apepsie.* — Le plus souvent, la *pepsine* est en défaut dans le suc gastrique, quoi qu'en disent les auteurs ; aussi peut-on avec avantage administrer, après le repas, un verre à liqueur d'une préparation alcoolique ou vineuse quelconque à base de pepsine, en y ajoutant 5 à 6 gouttes du mélange suivant, pour exciter la fonction :

Teinture de badiane............	ãã 6 grammes.
— de fève de Saint-Ignace..	
— d'ipéca.................	1 —

Toujours indiquer le repos pendant une heure environ, après le repas.

V. *Régime.* — La connaissance de l'état exact du chimisme stomacal est nécessaire pour l'établissement d'un régime car, sans cette notion, on court le risque de faire fausse route.

On use beaucoup du régime lacté dans les maladies de l'estomac ; or, le lait ne convient vraiment qu'aux dyspeptiques hypersthéniques avec hyperchlorhydrie, sans fermentations vicieuses.

Donc, si le titre d'acide chlorhydrique est trop élevé (la moyenne est de 25 à 75 centigrammes par litre), le régime féculent et lacté est excellent ; la ration de viande doit être faible ou même supprimée.

Si le dyspeptique est en état d'hypochlorhydrie, et c'est le cas dans la gastrite chronique, il souffre presque toujours de fermentations lactique ou butyrique avec ou sans vomissements ; dans ce cas, on supprime le lait et l'on se tient au

régime féculent, et à la viande crue pulpée en petite quantité, tout en instituant en outre le traitement suivant.

VI. *Vomissements aigres.* — Ces vomissements, toujours très pénibles, affectent beaucoup les malades qui en sont atteints et troublent naturellement leur nutrition; il y a donc intérêt à les guérir rapidement. Quelle que soit l'affection qu'ils accompagnent, l'origine de ces vomissements se trouve principalement dans les fermentations lactique, butyrique ou même acétique, qui se produisent souvent dans les troubles fonctionnels comme dans les états organiques, dyspepsies diverses, gastralgie et surtout cancer de l'estomac.

L'antisepsie stomacale par le naphtol et ses synergiques n'amène aucun résultat, car elle entrave l'action de la pepsine si les médicaments sont donnés à dose suffisante pour arrêter les fermentations.

La digestion normale par la pepsine se fait à l'aide de ferments solubles; au contraire, les fermentations qu'on veut entraver se font à l'aide d'un ferment figuré (vibrions lactique, ou butyrique, ou acétique); il faut donc administrer au malade un antifermentescible incapable d'agir sur les ferments solubles et qui respecte l'action peptique.

Or, d'après les travaux récents, déjà appliqués dans l'industrie, les *fluorures* sont les médicaments les plus actifs pour arrêter la fermentation lactique et cela à dose infiniment faible. Aussi ai-je eu l'idée de les appliquer à la thérapeutique des fermentations gastriques.

On administrera donc au malade une cuillerée à soupe, après chaque repas, de la solution suivante :

Eau	500	grammes.
Fluorure d'ammonium	1	—

(Cette médication a pu, chez un malade qui fabriquait une grande quantité d'acide lactique, abaisser le titre de 5 à 1,7 par litre.)

Outre cette médication, il faut essayer de saturer l'acide lactique produit, et pour cela administrer au malade, dès qu'il commence à éprouver le sentiment de nausée ou de pyrosis, un des paquets suivants délayé dans un peu d'eau :

Magnésie calcinée	1g,20
Chlorhydrate de morphine	0 ,002
Bicarbonate de soude	1 ,00
Lactose	0 ,50
Sous-nitrate de bismuth	0 ,50

Cette médication donne généralement de bons résultats contre les vomissements dus aux fermentations vicieuses.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Maladies des enfants.

Traitement de la mort apparente du nouveau-né. — Le quinquina chez les enfants. — Traitement de la chorée. — La quinine chez les enfants. — Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants.

Traitement de la mort apparente du nouveau-né (Clinique du professeur Pinard, in *Gazette médicale de Paris*, 23 mars 1895). — Le professeur Pinard, dans une clinique à la Maternité de Baudeloque, à propos d'une observation intéressante d'un enfant né en état de mort apparente, expose la conduite à tenir dans de pareils cas. Il indique tout d'abord la désobstruction des voies respiratoires, par l'introduction d'un doigt dans la bouche, pour la débarrasser des mucosités qui s'y trouvent et empêchent la respiration de s'exercer librement, la stimulation par les frictions de la colonne vertébrale, les flagellations peuvent provoquer des ecchymoses et l'emploi des linges trop chauds des brûlures, et l'on ne saurait prendre trop de précautions.

Si ces moyens simples ne suffisent pas, on aura recours à l'in-

sufflation par le tube de Ribemont. Le professeur Pinard n'est pas partisan de l'insufflation de bouche à bouche, l'air pénétrant souvent dans l'estomac au lieu de passer dans les voies respiratoires, ou pouvant être dangereux en produisant de l'emphysème et par suite de la rupture des vésicules pulmonaires.

Le procédé de M. Laborde, tractions rythmées de la langue, ne lui a pas donné d'aussi bons résultats que l'insufflation à l'aide du tube de M. Ribemont, qui pour lui est le meilleur procédé, à la condition de pratiquer l'insufflation lentement et sans faire d'efforts.

Le quinquina chez les enfants (Dr Comby, *Médecine moderne*, 17 mars 1895, n° 25). — L'auteur fait une étude des différentes préparations de quinquinas employées, et montre que le champ de ses applications dans l'enfance est assez restreint.

Dans la première enfance, surtout chez les nouveau-nés, chez les enfants à la mamelle, avant et même après le sevrage, il ne faut pas songer au quinquina.

Il est, non seulement nuisible dans la première enfance, mais c'est surtout à l'âge de dix à quinze ans que les enfants sont surtout exposés à de véritables débauches de vin de quinquina, qui, comme l'a montré M. J. Simon, par son alcool, par ses sels, est irritant pour l'estomac, provoque des troubles dyspeptiques et nerveux : anorexie, pyrosis, vertiges, céphalée, insomnie, etc.

Il faut donc être très réservé dans l'administration du vin de quinquina chez les enfants, et s'en abstenir chez tous ceux qui sont trop jeunes ou trop nerveux, trop excitables, ou pourvus d'un mauvais estomac.

Moment de l'ingestion. — Jamais à jeun, avant le repas, mais pendant ou après (après le potage, au dessert). Sous le bénéfice de ces contre-indications et de ces réserves, les préparations de quinquina conviennent aux enfants délicats, anémiques, atoniques, cachectiques, paludiques, aux hémophiliques, aux rhumatisants, asthmatiques, migraineux, et qui sont atteints de maladies

infectieuses adynamiques (fièvre typhoïde, pneumonie, broncho-pneumonie, etc.).

Mode d'administration et doses. — L'extrait de quinquina se prescrira en potion, à partir de l'âge de trois ou quatre ans, à la dose de 1 à 4 grammes en vingt-quatre heures :

Extrait de quinquina	2	grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères	20	—
Cognac	20	—
Eau distillée	60	—

Par cuillerées à potage de deux heures en deux heures.

Le vin de quinquina se donnera au milieu ou à la fin du repas, à partir de six à sept ans, à la dose de 25 à 50 grammes par jour (1 cuillerée et demie à 3 cuillerées). Le sirop de quinquina servira à édulcorer les potions des enfants du premier âge à la dose de 20 à 40 grammes :

Eau distillée	40	grammes.
Acétate d'ammoniaque	2	—
Rhum	10	—
Sirop de quinquina	20	—

Une cuillerée à café d'heure en heure.

Dans la dyspepsie des anémiques, on donnera, après chaque repas, une pincée de la poudre suivante :

Poudre de quinquina jaune }	ãã 10	grammes.
Craie préparée }		
Rhubarbe	5	—
Sous-carbonate de fer	4	—

Ou bien vingt gouttes avant chaque repas de la mixture suivante dans un peu d'eau de camomille :

Teinture de quinquina	20	grammes.
— de gentiane }	ãã 5	—
— de cascarille }		
— de benjoin	2	—
— de noix vomique	1	—

Pour l'usage interne, en un mot, il faudra être très modéré chez les enfants, d'autant plus qu'ils seront plus jeunes.

Traitement de la chorée (W. Morain, in *Revue de médecine et de chirurgie pratiques*, avril 1895). — Trois médications sont aujourd'hui usitées dans le traitement de la chorée : les antispasmodiques et les hypnotiques; on a vanté le bromure de potassium, le chloral, l'extrait de valériane et l'oxyde de zinc.

Le *bromure de potassium*, surtout utile dans les cas de chorée franchement hystérique, donne néanmoins quelques résultats dans la chorée vulgaire; il faut le prescrire à la dose de 2 à 4 grammes par jour, suivant l'âge et l'intensité.

Le *chloral* a l'avantage de procurer le sommeil. On le donnera à la dose de 1 gramme, 1g,50 ou 1g,75, dans du sirop et de la gelée de groseilles.

L'*extrait de valériane* et l'*oxyde de zinc* peuvent être prescrits de la façon suivante :

Extrait de belladone	0g,20
Oxyde de zinc	1 ,00
Castoreum	2 ,00
Assa fœtida .... }	ãã 4 ,00
Extrait de valériane .... }	

F. S. A. — Soixante pilules, 2 à 4 par jour.

Ou bien :

Valérianate de zinc .... }	
Extrait de jusquiame .... }	ãã 5 grammes.
Sous-nitrate de bismuth .... }	

F. S. A. — Trente pilules, 3 à 6 par jour.

L'*arsenic* est un médicament très efficace, mais qu'on doit ordonner à haute dose. On emploie, soit la liqueur de Fowler, soit une solution d'arséniate de soude dans l'eau; il faut arriver rapidement à donner par jour 1 centigramme d'arséniate de soude et ne pas craindre même de dépasser cette dose.

L'*antipyrine* donne aussi d'excellents résultats; il faut également l'administrer à haute dose. On peut en donner d'emblée 2 à 3 grammes chez un enfant de cinq ans. M. Jules Simon donne,

le premier jour, 1g,50 aux repas, en 3 cachets de 50 centigrammes chacun. Il augmente ensuite la dose les jours suivants, de manière à atteindre 4 grammes en vingt-quatre heures, et continue la même dose jusqu'à disparition à peu près complète des mouvements choréiques.

Au lieu de donner l'antipyrine en cachets, on peut prescrire :

Antipyrine.................	2 à	4 grammes.
Julep gommeux................	120	—

Une cuillerée à soupe de deux heures en deux heures.

Les divers toniques (*fer*, *quinquina*) sont des adjuvants utiles ; il en est de même du repos et du séjour à la campagne.

En outre, certains *agents physiques* sont utiles pour favoriser l'action des médicaments : l'hydrothérapie, l'électricité, le massage, la gymnastique.

L'*hydrothérapie* n'est contre-indiquée que s'il existe des complications cardiaques. On emploie de préférence la douche froide très courte (15 secondes) en jet le long de la colonne vertébrale, et en pluie sur les épaules. Joffroy préfère l'enveloppement dans le drap mouillé. Le malade est placé, matin et soir, dans un drap trempé dans l'eau à 10 degrés environ ; on le frictionne énergiquement, puis on entoure le drap mouillé d'une couverture et on reporte le malade dans son lit, où on le laisse vingt-cinq à trente minutes. A défaut d'eau froide, recommander les bains sulfureux prolongés (trois par semaine).

La *gymnastique* cadencée et rythmée est très utile.

Le *massage* peut être employé concurremment.

L'*électricité* a peu d'action ; on peut néanmoins essayer le courant continu (courant ascendant du sacrum à la nuque pendant huit à dix minutes, avec 6 à 10 milliampères).

Le traitement doit varier suivant la forme et l'intensité de la maladie.

Dans les chorées légères, se borner à prescrire le repos, le changement d'air, quelques douches et la gymnastique.

Dans les chorées de moyenne intensité, prescrire soit l'arsenic, soit l'antipyrine, en outre des moyens précédents.

Dans les formes graves, avoir recours aux hypnotiques et en particulier au chloral, en y joignant l'enveloppement dans le drap mouillé.

Dans les cas rebelles, on recommandera un traitement thermal à Néris, Bagnères-de-Bigorre ou Bourbon-Lancy.

La quinine chez les enfants (Dr J. Comby, in *Médecine moderne*, 17 avril 1895, n° 31). — Le docteur Comby, médecin de l'hôpital Trousseau, dans son article, étudie la quinine au point de vue physiologique, pharmaceutique et thérapeutique ; voici, d'après l'auteur, quels en sont les indications et les modes d'administration chez les enfants :

Indications. — Dans toutes les manifestations aiguës ou chroniques du paludisme endémique avéré ; dans les manifestations douteuses, suspectes, sporadiques, qu'on observe parfois en dehors des pays à malaria. Tous les accès fébriles, les maladies générales fébriles, la grippe, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, les fièvres éruptives, les septicémies diverses intermittentes ou non, relèvent de la quinine : maladies de l'appareil respiratoire, broncho-pneumonies, pneumonies, tuberculose fébrile, fièvre hectique des tuberculeux, hémoptisies ; maladies infectieuses qui atteignent le cœur, le péricarde, le cerveau et ses enveloppes, l'appareil digestif et ses annexes, diarrhées chroniques et dysentériques, asthme vrai ou symptomatique, arthritisme, diathèses héréditaires (diabète, obésité, migraine, goutte, etc.).

Elle fait merveille dans les névralgies faciales et névroses, dans le vertige de Menière, l'anémie et la chlorose, dans les épistaxis, dans l'hémoglobinurie paroxystique. Les contre-indications se réduisent à peu de chose : estomac intolérant, rein malade. Dans ce cas, on donnera la quinine à faible dose et l'on préfèrera la voie endermique. On s'arrêtera devant les intolérances spéciales, les idiosyncrasies bien accusées : troubles nerveux, cé-

phalée, délire, insomnie, éruptions, ivresse quinique. Les doses fortes, quand elles sont indiquées, sont bien supportées chez l'enfant.

Mode d'administration et doses. — Trousseau préconisait la quinine brute à cause de son insipidité :

Quinine brute	0g,25
Sucre en poudre	0 ,50

Pour un paquet. A prendre 1 ou 2 par jour pour un enfant de deux à cinq ans.

On délaye dans une cuillerée d'eau, de sirop ou de lait.

Aujourd'hui on donne les sels de quinine de préférence à la quinine brute.

L'ingestion chez les enfants est d'autant plus difficile qu'ils sont plus jeunes. On peut cependant masquer l'amertume du sulfate de quinine et des autres sels en les enrobant dans de la confiture, du miel, de la pomme cuite, du sirop d'écorces d'oranges amères, du sirop de Tolu, de la glycérine, etc. On a conseillé aussi le café sucré qui fait bien accepter la quinine par la plupart des bébés ; mais cette infusion précipite du tannate de quinine, ce qui oblige de doubler la dose du médicament.

Le docteur Créquy a trouvé que le jus de réglisse masquait bien l'amertume de la quinine.

On peut se servir aussi de l'extrait de réglisse et prescrire :

Eau distillée	40g,00
Extrait de réglisse	3 ,00
Bichlorhydrate de quinine	0 ,30

Pour un enfant de quatre à six ans, qui ne fera pas de difficultés pour avaler le tout en une fois. Quand les enfants sont grands (huit ans, dix ans et au-dessus), ils pourront avaler des pilules, des cachets, des perles ou des capsules de quinine. On pourra prescrire alors :

Sulfate de quinine	0g,10
Extrait de quinquina	0 ,10

Pour une pilule. En prendre suivant les cas, 1, 2, 3 par jour et davantage.

Sulfate de quinine	0g,20

Dans un cachet que l'enfant avalera avec un peu d'eau.

En potion, on formulera :

Sulfate de quinine	0g,25
Eau de Rabel. Q. S. (le moins possible).	
Sirop tartrique	20 ,00
Eau	40 ,00

A prendre en deux ou trois gorgées (enfants de cinq à six ans).

On peut encore faire un sirop de sulfate de quinine ainsi composé :

Sulfate de quinine	0g,50
Sirop simple	95 ,00
Eau distillée	4 ,00
Acide sulfurique au dixième	0 ,50

On mettra 40 à 60 grammes dans une potion.

En employant le chlorhydrate neutre, on pourra faire un sirop plus riche en quinine, et contenant 20 à 30 centigrammes par cuillerée à soupe.

A ces potions usitées dans la seconde enfance, on pourra ajouter, pour faire tolérer la quinine, une petite quantité de sirop diacode ou de sirop de codéine (5 à 10 grammes). En lavement, on peut donner le sulfate de quinine à la même dose que par la bouche, en acidifiant la solution et en ajoutant une goutte de laudanum :

Sulfate de quinine	0g,25
Eau de Rabel	Q. S.
Infusion de camomille tiède	100g,00
Laudanum de Sydenham	1 goutte.

Pour un lavement que l'enfant devra garder. On fera précéder ce lavement médicamenteux d'un grand lavement évacuateur.

Au lavement, préférer le suppositoire au beurre de cacao creux :

Beurre de cacao........................	2g,00
Sel de quinine........................	0 ,20

Pour un suppositoire.

On a proposé les frictions cutanées avec une pommade contenant 10 ou 20 pour 100 de sel quinique ; cette méthode ne livre que très peu d'alcaloïde à l'absorption, et encore chez les enfants très jeunes. Au-dessous de deux ans, on prescrirait :

Axonge fraiche.................	20 grammes.
Sulfate de quinine..............	4 —
Eau de Rabel..................	Q. S.

Faire, matin et soir, des frictions sous les aisselles.

En employant un sel soluble, comme le chlorhydrosulfate, on favorise l'absorption cutanée et l'on peut retrouver la quinine dans les urines du bébé.

Quand on veut faire des injections sous-cutanées avec le sulfate de quinine, on est obligé d'acidifier la liqueur, ce qui la rend irritante. Il faut mieux employer le bichlorhydrate de quinine ou le chlorhydrosulfate. On prescrit alors :

Bichlorhydrate ou chlorhydrosulfate de quinine..	5 grammes.
Eau distillée.............	Q. S. pour 10 centimètres cubes.

Chaque seringue de Pravaz contient 50 centigrammes de sel de quinine. On injectera un quart de seringue ou une demi-seringue matin et soir suivant l'âge de l'enfant (au-dessous ou au-dessus de trois ans).

On peut se servir du chlorhydrate basique en l'associant à l'antipyrine comme l'a fait Laveran :

Chlorhydrate basique de quinine....	3 grammes.
Antipyrine......................	2 —
Eau distillée	6 —

Chez les enfants très jeunes, quand l'indication est formelle, il

y a tout avantage à choisir la voie hypodermique. Dans son service, le docteur Comby se sert d'une solution de chlorhydrate de quinine dosée à 25 centigrammes par centimètre cube.

Au-dessous d'un an, une demi-seringue de Pravaz; au-dessus d'un an, deux demi-seringues par jour; au-dessus de deux ans, l'auteur n'hésite pas, dans les cas de broncho-pneumonie hyperthermique, à faire deux injections entières par vingt-quatre heures. Dans les cas ordinaires, on peut donner 10 centigrammes de quinine par année d'âge. S'il y a urgence, il faut doubler la dose.

Pour obtenir un effet prompt, il faut avoir soin de ne pas fractionner les doses. Dans les pays à malaria, chez les enfants au sein, on peut utiliser la voie indirecte fournie par la nourrice; la quinine passe dans le lait.

En résumé, les sels de quinine jouent un grand rôle en médecine infantile; ils sont très bien supportés par les enfants de tout âge, ne provoquent presque jamais chez eux les phénomènes pénibles observés chez les adultes (tintements, surdité, céphalée, gastralgie, etc.), et peuvent être donnés sans inconvénients à très haute dose. Chez les petits enfants, le meilleur mode d'administration est la voie hypodermique.

Traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants (Dr Marfan, in *Tribune médicale*, avril 1895). — Le docteur Marfan, dans une clinique faite à l'hôpital des Enfants malades sur la fièvre typhoïde chez les enfants, formule ainsi le traitement :

Le traitement de toute fièvre typhoïde doit comprendre trois ordres de prescription : 1° les prescriptions concernant le régime alimentaire ; 2° celles qui concernent le traitement de l'infection réalisée ; 3° celles qui ont pour but de prévenir les infections secondaires, origines si fréquentes d'accidents graves.

I. Pour l'alimentation, il faut éviter deux écueils : une diète excessive qui entraînerait l'inanition, une alimentation trop abon-

dante qui pourrait être une cause d'irritation pour l'intestin et une source de putréfaction. On donnera aux enfants du second âge du lait, du bouillon, des potages légers, de la décoction d'orge sucrée avec du miel, de la limonade vineuse. Il ne faut pas oublier qu'il est bon de faire boire souvent, surabondamment, systématiquement les typhoïdiques, pour favoriser la diurèse et l'élimination des toxines.

Pour les nourrissons, l'allaitement sera diminué de moitié, et l'on donnera à boire de l'eau houillie ou de la décoction d'orge un peu sucrée.

II. Le traitement de l'infection typhique doit varier avec les trois formes que j'ai décrites : fièvre typhoïde légère et fièvre typhoïde grave de la seconde enfance ; fièvre typhoïde des nourrissons.

a). Dans la fièvre typhoïde légère des enfants du second âge, particulièrement dans la forme rémittente, je me borne aux prescriptions suivantes :

1° Deux fois par jour, un mélange à parties égales de sulfate de quinine et de benzonaphtol ou de bétol, à des doses qui varient suivant l'âge de l'enfant (pour un enfant de six ans, 40 centigrammes de chacun en vingt-quatre heures) ;

2° Tous les deux jours, 10 à 15 grammes de citrate de magnésie ;

3° Tous les jours, un grand lavement avec de l'eau bouillie, froide.

b). Dans la forme grave des enfants du second âge, une question importante se pose dès le premier jour : faut-il employer la méthode des bains froids ?

Voici comment je décide la question :

Je donne, le premier jour, du chlorhydrate de quinine à doses élevées, 1 gramme à 1g,50 suivant l'âge ; je l'administre, suivant l'indication de M. Grancher, vers cinq ou six heures du soir, par fractions de 50 centigrammes toutes les demi-heures. Cette ma-

nière de faire donne parfois d'excellents résultats; elle procure aux enfants le sommeil si rare dans la fièvre typhoïde; elle les fait sortir de leur stupeur et les rend éveillés, elle abaisse considérablement la température.

De deux choses l'une: ou le lendemain matin de cette administration de la quinine l'amélioration est notable, évidente, et alors je ne me décide pas pour la médication par les bains froids; ou le résultat est à peu près nul, et, dès lors, je mets tout de suite en œuvre la médication par les bains froids, et je la poursuis jusqu'au bout, à l'exclusion de tout autre médication, en suivant rigoureusement les préceptes de Brand qui s'appliquent aux enfants du second âge comme aux adultes.

Lorsque la médication par la quinine a donné un bon résultat, on doit la poursuivre en y ajoutant un certain nombre d'adjuvants. Tous les soirs, on administre le chlorhydrate de quinine comme je l'ai indiqué précédemment, si la température prise à 4 heures dépasse 39 degrés.

On donne deux fois par jour 20 centigrammes de benzonaphtol ou de bétol. On administre tous les jours un lavement d'eau bouillie froide, et, tous les deux jours, 10 à 15 grammes de citrate de magnésie. Quand les selles sont très fétides, je supprime ces médicaments pour un jour et j'administre 5 centigrammes de calomel divisés en 5 paquets; chacun est pris à une heure d'intervalle.

Contre les accidents méningitiques, on se trouvera bien de placer une ou deux sangsues sur une apophyse mastoïde. Quand les phénomènes thoraciques sont prédominants, qu'il reste de la dyspnée et de la cyanose, on couvrira le thorax de ventouses sèches.

c). Chez les nourrissons et les enfants du premier âge, en raison de la gravité particulière de la fièvre typhoïde, je conseille d'emblée la médication par les bains froids.

Voici les règles qui devraient présider à l'administration de bains froids quand il s'agit de très jeunes enfants. Le bain doit

être donné d'abord à 22 degrés et refroidi jusqu'à 20 degrés ; on le donne ensuite à 20 degrés et on le refroidit jusqu'à 18 degrés. Il ne doit guère durer plus de cinq minutes ; il faut retirer l'enfant dès qu'il commence à frissonner. Les bains froids peuvent provoquer de l'apnée ; dès qu'on s'aperçoit que le petit malade ne respire pas, il faut le retirer immédiatement, le frictionner et faire des tractions rythmées de la langue suivant les procédés de M. Laborde ; la respiration se rétablit ainsi facilement. Pendant le bain, on fait des affusions froides sur la tête. Après le bain, on enveloppe l'enfant dans une épaisse couverture de laine et l'on donne une boisson chaude. On prend la température rectale avant et après le bain ; si elle est au-dessous de 39 degrés, on prend la température de deux heures en deux heures, et lorsqu'elle arrive à dépasser 39 degrés, on baigne l'enfant de nouveau.

III. On doit nettoyer soigneusement la bouche, la gorge, les narines, les téguments, portes d'entrée principales des infections secondaires. Pour la bouche et la gorge, avec un stylet garni d'ouate et trempé dans une solution de borate de soude, additionnée d'une goutte d'essence de thym, en enlèvera, deux ou trois fois par jour, les dépôts pultacés des gencives, de la langue, des joues, on nettoiera les lèvres et la gorge. On mettra dans les fosses nasales quelques gouttes d'huile camphrée ou mentholée au vingtième. On devra surveiller l'état des téguments ; les écorchures, les érosions, seront pansées avec soin ; le stérosol phéniqué au centième rend de grands services à ce point de vue. Si l'on voit survenir des lésions pyodermiques qui se généralisent, on donnera un bain de sublimé. Je suis convaincu qu'on sauve la vie de beaucoup de malades, grâce à ces soins. Dans la fièvre typhoïde, il faut savoir employer les grands moyens, mais on ne fait de bonne thérapeutique qu'en ne négligeant pas les petits.

REVUE DES LIVRES

Nous vivons à une époque de production intense, et jamais, tant en science qu'en littérature, il n'a été publié un si grand nombre d'ouvrages. Le lecteur finit donc par avoir de la peine à se reconnaître au milieu de cette multitude de livres qui lui sont annoncés de tous côtés.

Dans cette crise, l'article bibliographique, tel qu'il était compris autrefois, a disparu. Jadis, en effet, un livre avait toujours un caractère original, et comme il en paraissait seulement un ou deux par an, il était facile, pour les journalistes, d'analyser soigneusement un livre consciencieusement élaboré par l'auteur.

Aujourd'hui, un grand nombre d'auteurs écrivent sur le même sujet, d'où multiplicité d'ouvrages similaires et rareté dans les côtés originaux des travaux. Il a donc fallu que les analyses cèdent le pas à l'annonce.

Nous pensons pourtant qu'il y a, pour les lecteurs d'un journal, grand avantage à être renseignés sur le mouvement scientifique de librairie, aussi comptons-nous donner dans le *Bulletin de thérapeutique* des revues bibliographiques régulières. Seulement, ces revues, pour être utiles, seront méthodiquement classées, c'est-à-dire qu'au lieu d'annoncer banalement, avec un compte rendu quelconque, qui sent trop souvent l'annonce, les ouvrages parus, au hasard de leur mise au jour, nous les grouperons en séries.

Chaque volume sera annoncé par quelques lignes de compte rendu, mettant en relief la caractéristique et l'originalité du livre s'il y a lieu. Si l'ouvrage a une réelle originalité et traite de choses nouvelles, il pourra faire l'objet d'un compte rendu d'une certaine importance afin de vulgariser les idées de l'auteur, si, au contraire, il réédite seulement des choses déjà connues ou déjà publiées, nous nous contenterons de l'annoncer.

Dr G. B.

Pathologie interne.

Traités de médecine :

1° à la librairie Maloine, 91, boulevard Saint-Germain.

Traité pratique de médecine clinique et thérapeutique, publié sous la direction de MM. Samuel Bernheim et Émile Laurent. (Six volumes in-8°. Prix : 50 francs.)

Cet ouvrage diffère des traités de médecine déjà connus, en ce que les articles, rédigés par un très grand nombre de médecins français et étrangers, médecins des hôpitaux ou spécialistes, ont surtout un caractère de manuel. La rédaction est presque toujours impersonnelle, les auteurs s'étant attachés à mettre l'histoire des maladies au point du moment, aussi consciencieusement que possible. C'est donc un ouvrage à consulter, très au courant de la science, destiné surtout à l'étudiant et au praticien.

2° A la librairie J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Traité de médecine et de thérapeutique publié par MM. Brouardel, Gilbert et Girode. Le premier volume seul est en vente, l'ouvrage formera dix gros volumes in-8° de 750 pages. (Prix de chaque volume : 12 francs.)

Plus volumineux et composé de plus de tomes que le précédent, le *Traité de médecine* entrepris par M. Brouardel représente, en raison de la personnalité des rédacteurs dont s'est entouré l'éminent doyen de l'École de médecine, une note plus documentée et plus originale, partant plus scientifique et moins élémentaire.

Le volume mis en vente traite des *maladies microbiennes ;* parmi les noms des collaborateurs, nous relevons ceux de MM. Girode (pathologie générale), Grancher (rougeole), Thoinot (grippe), Netter (dengue et rubéole), Landouzy (pneumococcie), Gilbert (colibacillose), Brouardel et Thoinot (fièvre typhoïde), etc.

Si le traité de la librairie Maloine représente l'enseignement d'aujourd'hui entré déjà dans la pratique, on peut dire que le nouveau traité de la librairie Baillière, en raison de la nouveauté des interprétations, représente la science de demain. Il convient donc surtout aux candidats à l'internat ou au bureau central et aux médecins qui travaillent.

3° A la Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Neurasthénie sexuelle, par George Beard, traduit de l'anglais par Paul Rodet, avec préface du professeur Raymond. Un volume in-8° de 200 pages. (Prix : 4 francs.)

Ouvrage très original et très instructif. L'auteur qui est, on le sait,

le père de la *neurasthénie* comme espèce morbide, a étudié d'une façon particulièrement attachante un des côtés multiples de la maladie à la mode. La neurasthénie, en effet, présente souvent une détermination sexuelle qui est une forme fréquente d'impuissance ou plutôt d'*épuisement* sexuel. Les déductions pratiques au point de vue de l'hygiène et la thérapeutique de ces phénomènes sont particulièrement bien traitées par Beard, et les médecins qui auront lu ce volume pourront certainement rendre de réels services à leurs malades, en même temps qu'ils auront acquis des notions nouvelles de grande valeur.

A la librairie Rueff, 106, boulevard Saint-Germain.

Les Dégénérés, par les docteurs MAGNAN et LEGRAIN. (Un volume in-18 cartonné, de la Bibliothèque Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50.)

Petit livre très ordonné et très clair, résumant l'état des connaissances actuelles sur une question fort grave, au point de vue social. Les auteurs prennent comme point de départ les idées de Morel sur le rôle de l'hérédité, et en déduisent une classification très intéressante des divers genres de dégénérescence.

Les Aortites, par le docteur BUREAU. (Un volume in-18 cartonné, de la Bibliothèque Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50.)

Pathologie externe.

A la librairie Alcan, 108, boulevard Saint-Germain.

Chirurgie de Pierre Franco, de Turriers, en Provence, composée en 1561, nouvelle édition avec une introduction historique, une biographie et l'histoire du *Collège de chirurgie*, par le docteur E. NICAISE, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé et chirurgien de l'hôpital Laennec. (Un volume grand in-8° de 382-CLXIV pages, 42 figures. Prix : 20 francs ; Félix Alcan, éditeur.)

Cet ouvrage sur l'histoire de la chirurgie fait le plus grand honneur à l'auteur et à l'éditeur, qui n'ont rien négligé pour présenter avec luxe l'œuvre de l'un des pères de la chirurgie française. La lecture de ce livre, très bien fait, est très instructive, et M. Nicaise, dans sa longue introduction, a mis en lumière, de la manière la plus frappante, une quantité considérable de faits fort peu connus et qui sont tout à l'honneur de la science française, dans la longue histoire des grandes découvertes de la chirurgie.

A la librairie Rueff, 106, boulevard Saint-Germain.

Les Ophtalmies du nouveau-né, par E. VALUDE. (Un volume in-18 cartonné, de la Bibliothèque Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50.)

Ouvrage court, mais très nourri et très clair, où le lecteur trouvera

tous les renseignements cliniques et thérapeutiques relatifs aux maladies des yeux chez les jeunes enfants, avec les renseignements pratiques les plus nouveaux.

Pharmacologie, thérapeutique et matière médicale.

A la librairie J.-B. Baillière, 18, rue Hautefeuille.

Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie, par le docteur A. MANQUAT, deuxième édition, revue et mise au courant des plus récents travaux. (Deux volumes, petit in-8°. Prix : 20 francs.)

Cette nouvelle édition n'est que la mise à jour du traité bien connu de M. Manquat, ouvrage très utile aux praticiens et aux étudiants et dont nous avons déjà dit tout le bien qu'il mérite, lors de l'apparition de la première édition; nous n'avons donc qu'à enregistrer le nouveau tirage.

A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Jardin des apothicaires de Paris, par G. PLANCHON, directeur de l'École de pharmacie de Paris. (In-8° de 135 pages, avec 7 plans dans le texte. Prix : 2 fr. 50.)

Cette notice historique est une intéressante contribution apportée par l'auteur à l'histoire de l'École de pharmacie de Paris. On y trouvera d'intéressants documents archéologiques. Le travail est fait avec l'exactitude scrupuleuse apportée par l'auteur dans tous ses travaux de recherches.

A la librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Traitement de la diphthérie au moyen du sérum de Behring, par le docteur H. KOSSEL, assistant à l'institut royal du professeur Robert Koch; troisième édition, traduite de l'allemand par O. Delbastaille. (Un petit vol. in-16, cartonné. Prix : 1 fr. 25.)

A la librairie Maloine, 91, boulevard Saint-Germain.

Immunisation et Sérumthérapie, par le docteur Samuel BERNHEIM. (Un volume in-18 de 320 pages. Prix : 4 francs.)

L'auteur passe en revue les résultats obtenus jusqu'ici, dans la plupart des maladies virulentes, par la sérothérapie. On y trouvera une grande quantité de documents jusqu'ici disséminés dans les périodiques.

A la librairie Masson, boulevard Saint-Germain, 120.

Le Phénol sulforieiné dans la tuberculose, par A. RUAULT. (Brochure in-8° de 90 pages.)

A la librairie J.-B. Baillière, 18, rue Hautefeuille.

La Gravelle urique et son traitement à Forges-les-Eaux, par J. Delefosse. (Brochure in-18 de 120 pages.)

A la librairie Battaille et Ce, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Cours de pharmacie, par E. Dupuy, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Toulouse. Vient de paraître le deuxième fascicule du tome II, contenant les médicaments appartenant à la chimie organique. (Un volume in-8° de 732 pages. Prix : 12 francs.)

De la valeur alimentaire de la farine de Néré et de son application à l'alimentation du premier âge, par S. Guttelson. (Une brochure in-8° de 54 pages.)

Le *Néré* ou *Nété* (*Parkia biglossa*) est une légumineuse africaine qui commence à être connue en Europe à la suite du mouvement d'importation dû aux expéditions actuelles.

Le Mont-Dore, par le docteur de Brinon. (Brochure in-32 de 70 pages.)

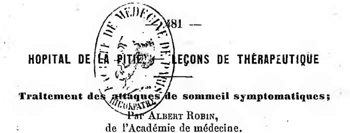
Physiologie.

A la librairie F. Alcan, 108, boulevard Saint-Germain.

Les Emotions, étude psycho-physiologique, par le docteur Lange. (Un volume in-18 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. Prix : 2 fr. 50.)

On sait que la philosophie moderne a complètement tranformé la psychologie en basant son étude sur la connaissance des fonctions cérébrales. Le livre des *Emotions*, du docteur Lange, est un des meilleurs qui aient été écrits en Allemagne d'après les données actuelles. La traduction qu'en a faite M. Dumas est très claire et très bien ordonnée.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.



HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des attaques de sommeil symptomatiques;

Par Albert Robin,
de l'Académie de médecine.

I

Il est un état pathologique fort curieux et assez rare, contre lequel le médecin non prévenu peut avoir beaucoup de peine à lutter : c'est l'*attaque de sommeil*, appelée aussi *narcolepsie* ou *maladie du sommeil*.

Le malade atteint de cette affection est sujet à des somnolences invincibles, qui se répètent souvent un grand nombre de fois dans la journée. Ce sommeil a tous les caractères du sommeil physiologique, mais, comme le dit Féré, ces caractères sont exagérés; le malade est incapable de lutter contre l'envahissement, et parfois il tombe sur place, terrassé par son besoin de dormir.

Il y a fort longtemps que ce phénomène est connu; dès 1841, on en trouve des observations, rapportées par deux Allemands, Thumen et Fricker; plus tard, en 1862, un certain nombre de cas sont décrits par Casse, par Marotte et par Labbé. Pour tous ces auteurs, l'accès de sommeil est un accident qui se produit au cours d'une maladie bien définie.

En 1880, et au cours des années suivantes, un médecin qui a beaucoup étudié l'épilepsie, Gélineau, a donné un assez grand nombre d'observations de sommeil pathologique, mais, entraîné par ses études spéciales, il a voulu faire de ce symptôme une maladie particulière à laquelle il a donné le nom de *narcolepsie* ou *maladie du sommeil*. C'était là une erreur, car cette affection, fort variable dans ses manifestations, qui peuvent aller de la simple somnolence à des at-

taques aussi brusques et violentes que des crises épileptiques ou hystériques, cette affection, dis-je, n'est jamais une maladie isolée, elle accompagne toujours un autre état, et peut être symptomatique de maladies très diverses, névroses, troubles cardiaques, gastriques ou de nutrition.

C'est ce qui a été bien mis en lumière par les travaux qui ont suivi les publications de Gélineau, travaux qui ont eu pour auteur Ballet, Dufossé, Parmentier, Blocq et Onanoff, Féré et Samain, pour ne citer que les principaux.

Dans tous les cas, assez nombreux, relevés dans ces diverses publications, on trouve que les attaques de sommeil ont toujours été liées à des troubles généraux, hystérie ou épilepsie souvent (mais alors avec des caractères particuliers), mais surtout diabète, maladies du cœur ou du foie, troubles gastriques, neurasthénie, obésité, grossesse, anémie.

Cela est très intéressant à connaître, car les indications thérapeutiques se trouvent, dans ces conditions, établies d'une façon toute différente que si la *narcolepsie*, pour employer l'expression de Gélineau, était véritablement une maladie essentielle.

Or, l'expérience prouve que les médications excitantes, thé, café, alcool, exercice au moment des accès, n'ont jamais pu rien produire contre les attaques de sommeil. Au contraire, les seuls succès qui ont pu être relatés sont trouvés dans les cas où le traitement a été exclusivement dirigé contre la maladie principale. Le traitement bromuré a réussi à Féré chez les épileptiques; Ballet a obtenu la guérison du sommeil, chez des diabétiques, en traitant le diabète; il a guéri un malade (qui souffrait en même temps d'une maladie de foie) en instituant un traitement approprié; Labbé a également réussi, chez une chlorotique, en s'occupant exclusivement de l'état d'anémie de la malade.

Ce serait donc une erreur que de s'attacher, dans un cas semblable, à l'attaque de sommeil elle-même; il faut, au

contraire, la négliger et soigner la cause quand on l'a trouvée, ce qui est presque toujours facile.

A l'appui de cette doctrine, qui ne me paraît guère contestable, je puis apporter deux faits intéressants dans lesquels la cause des attaques de sommeil était fort différente, et où j'ai obtenu un succès thérapeutique rapide et, probablement, je puis même dire certainement, définitif. Ces malades, une femme et un homme, avaient tous deux des attaques violentes de sommeil causées par des troubles de nutrition; mais chez l'un, c'était dû à un état neurasthénique, compliquant une albuminurie phosphaturique, et chez l'autre, la cause se trouvait être un état d'obésité considérable.

Ces deux malades furent très rapidement améliorés, grâce à un traitement hygiénique approprié à chacun des états pathologiques qui déterminaient chez eux les attaques de sommeil.

Je crois donc intéressant de donner *in extenso* l'histoire de ces deux malades, car on trouvera souvent leurs maladies parmi les causes les plus fréquentes des attaques de sommeil, et, par conséquent, les traitements dont je donne ici la formule auront certainement, plus d'une fois, une heureuse application.

Remarquons, avant de poursuivre, que les deux malades dont il s'agit se plaignaient seulement, quand ils sont venus me demander des conseils, d'attaques invincibles de sommeil, qui rendaient leur existence impossible, et que, chez eux, tous les autres troubles perdaient de leur importance, et disparaissaient même devant l'intensité des phénomènes dus au besoin de dormir. Ce fait est surtout remarquable pour mon second sujet, un médecin polysarcique, pour lequel les ennuis dus à la surcharge graisseuse n'étaient rien, et qui ne s'occupait que du sommeil incoercible qui le terrassait à tout instant. C'est même cette prédominance

pathologique symptomatique qui explique l'erreur commise par Gélineau.

Ceci dit, je passe à l'exposé des deux cas fort intéressants que j'ai observés.

II

ATTAQUES DE SOMMEIL, SYMPTOMATIQUES D'UNE NEURASTHÉNIE AVEC ALBUMINURIE PHOSPHATURIQUE.

Le sujet de ma première observation est une femme de trente-cinq ans, pour laquelle le diagnostic de *neurasthénie* avait été porté par Charcot.

Celui-ci avait conseillé deux douches écossaises par jour, du tartrate ferrico-potassique et un sirop polybromuré. Ce traitement, suivi pendant deux mois, ne produisit qu'une amélioration temporaire. Les symptômes dominants, à savoir les crises douloureuses à forme de lumbago, la céphalée, l'abattement physique, la tristesse, l'insomnie, la répugnance au mouvement, ne s'atténuèrent quelques jours que pour subir une exacerbation telle, que Charcot conseilla la suspension du traitement et les voyages.

Pendant les trois mois que dura un voyage en Italie, aucun symptôme ne disparut et, à plusieurs reprises, survinrent des états de crise aiguë. Un seul symptôme fut modifié : c'est l'insomnie, qui fit place à d'invincibles et subites attaques de sommeil. De plus, chaque crise neurasthénique s'accompagnait d'oligurie et de dysurie, avec émission d'urine pâle et trouble ; l'odorat demeurait d'une sensibilité telle, que toute odeur, bonne ou mauvaise, produisait un véritable état d'anxiété. Charcot, qui vit la malade à son retour d'Italie, ajouta à son diagnostic : « attaques de sommeil, hyperesthésie de l'odorat », et ordonna de reprendre le traitement précédemment suivi, en y ajoutant un peu de teinture de noix vomique. Un mieux sensible suivit ce traitement, mais bientôt tout recommença de plus belle.

C'est alors que la malade me fut adressée avec le diagnostic de neurasthénie avec albuminurie, car le médecin habituel, ayant eu l'idée d'examiner les urines, y trouva un peu d'albumine.

Une nouvelle analyse d'urine me fit déceler :

Acide phosphorique	7g,05
Urée	25 ,20
Acide urique	0 ,56
Chlorures	7 ,30

A ce moment, sans que les troubles gastriques, qui prédominaient alors, se fussent amendés, bien que l'analyse du suc gastrique ne révélât d'autre modification qu'une légère quantité d'acide lactique, tous les autres caractères étant d'ailleurs normaux, nous portâmes le diagnostic d'albuminurie phosphaturique pseudo-neurasthénique, et nous instituâmes le traitement que nous avons préconisé pour cette classe d'albuminurie, dans notre communication à l'Académie de médecine (séance du 19 décembre 1893) sur les albuminuries phosphaturiques :

1° L'*hygiène*, dont les moyens sont :

L'exercice progressif limité à la sensation de fatigue, le massage léger par effleurage, la vie au grand air, le repos intellectuel absolu, les frictions journalières avec un liniment excitant.

2° Le *régime*, dont voici les règles générales :

α) Diminuer les féculents et les sucres, agents d'épargne ; augmenter légumes verts et fruits ; insister sur les aliments phosphorés et potassiques ; autoriser, parmi les corps gras, ceux qui exercent sur les tissus phosphorés une action conservatrice ; supprimer tous les aliments gélatineux ; autoriser viandes rouges, bœuf et mouton, bouillon de bœuf (préparé sans os avec beaucoup de légumes), volailles adultes et œufs ; supprimer le poisson.

Os de petit gibier très grillés et pilés au mortier, cervelles,

laitances de poisson, ris de veau, caviar frais, foie, huîtres, moules.

Pois, lentilles, fèves, haricots rouges, raves, navets, chou blanc, céleri, artichaut, endives.

Prohibition des pâtisseries, sucreries, condiments, acides, à l'exception du sel marin et du jus de citron.

Comme boisson, lait écrémé ou eau d'Évian.

Après le repas, café léger.

β) Comme médicaments :

Huile de foie de morue, arséniate de soude, phosphates alcalins et terreux, préparations strychniques, hypophosphites, glycérophosphates, sulfate de quinine, extrait de quinquina, inhalations d'oxygène,

Préparations ferrugineuses contre l'anémie.

La prédominance des symptômes neurasthéniques impose quelques règles spéciales. Se garder du traitement de Weir-Mitchell, des narcotiques, de l'hydrothérapie ordinaire.

Comme uniques sédatifs, le valérianate d'ammoniaque et les pilules de Méglin.

On terminera le traitement par une cure à Saint-Nectaire ou à Brides, et, si l'on a affaire à des malades trop excitables ou artério-scléreux, par une cure à Néris, Plombières, Schlangenbad, Ragatz ou Badenweiler.

Grâce au traitement prescrit contre l'albuminurie phosphato-neurasthénique, on vit bientôt cette albumiuurie, qui avait toujours persisté, disparaître rapidement ; l'élimination de l'acide phosphorique se réduisit à 3g,25 ; les symptômes de la neurasthénie s'atténuèrent peu à peu et, trois mois après, la malade pouvait être considérée comme guérie ; et la guérison, depuis deux années, ne s'est pas démentie, puisque la malade n'a gardé, de tout l'appareil symptomatique de sa névrose, qu'un peu d'irritabilité et une tendance à la dépression nerveuse.

III.

MALADIE DU SOMMEIL D'ORIGINE POLYSARCIQUE.

La deuxième observation est celle d'un médecin, âgé de trente-cinq ans, goutteux et arthritique de par ses antécédents, d'une constitution robuste, qui au commencement de l'année 1892, trois ans après son installation, faisant usage de la voiture professionnelle dix heures par jour, se mit tout à coup à engraisser rapidement.

Au bout de six à huit mois, il remarqua qu'il s'endormait avec une grande facilité. En mars 1893, les besoins impérieux de sommeil devinrent si fréquents, que le malade s'endormait malgré lui, partout où il se trouvait et quoi qu'il fît pour vaincre cette tendance au sommeil, contre laquelle il luttait en pleine lucidité d'esprit. A cet état de somnolence diurne se joignait une insomnie nocturne avec chute en bas du lit, puis bientôt de la dyspnée, un œdème généralisé, s'accompagnant d'urines rares et de sueurs abondantes.

Les attaques de sommeil de notre confrère étaient d'un caractère particulièrement subit et violent. Aussi, comme il est assez rare de posséder des auto-observations bien faites, je reproduis intégralement les faits suivants, qui sont empruntés aux notes mêmes du malade.

« *En voiture*, le docteur C... s'endormait *profondément* entre chaque visite, le trajet ne fût-il que de deux minutes.

« *Chez le malade*, il ne s'asseyait pas pour ne pas s'endormir, auscultait rapidement, la position penchée accentuant le besoin déjà si impérieux. La rédaction des ordonnances était devenue difficile : il était obligé de se borner à écrire des formules courtes, concises, sous peine de succomber au sommeil ; encore était-il obligé de s'y reprendre à plusieurs reprises. L'écriture était tremblée, avec des échappées de plume, la plupart du temps illisibles.

« *A table*, le sommeil le prenait en mangeant, en buvant; le verre, la tasse ou la fourchette s'échappaient de ses mains et retombaient sur la table.

« La *lecture* était devenue impossible; à la quatrième ligne, le livre s'échappait de ses mains et roulait sur le sol.

« L'*écriture* était impossible aussi. Ayant, une fois une lettre importante de quelques lignes à écrire, il noircit sans succès quatre à cinq feuilles de papier et fut, finalement, obligé de la dicter. Les figures ci-contre donnent un échan-

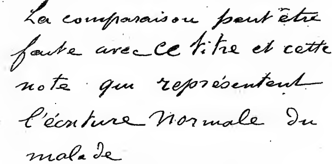


FIG. 1. — Ecriture normale du malade.

tillon de l'écriture du malade pendant ses crises, en comparaison de l'écriture normale.

« *A l'hôpital*, il s'endormait en signant la paperasserie habituelle; il s'endormait en causant avec les malades; ses fins de phrases étaient bredouillées.

« *En tramway*, à peine monté, il s'endormait. Le jeu lui était devenu impossible, les cartes lui tombaient des mains.

« *En marchant* même, il s'endormait, butait, se cognait aux réverbères, contre les voitures; il marchait machinalement par action réflexe et se trompait souvent de rue. Chose curieuse, le sommeil paralysait jusqu'au voile du palais; il s'entendait ronfler en marchant, cherchait à se réveiller et ne pouvait y arriver.

« Enfin, une particularité très extraordinaire : il se sentait dormir, comme en léthargie, *avec toutes ses idées présentes*, et ne pouvait s'éveiller.

« C'est ainsi qu'il lui est arrivé souvent, six à huit fois, de s'endormir, soit dans son cabinet, soit dans sa salle à manger, soit ailleurs. Dans cet état, il entendait venir sa femme ou l'un de ses parents. Sachant combien cet état

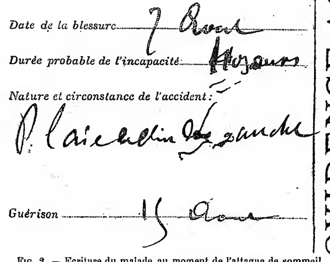


FIG. 2. — Ecriture du malade au moment de l'attaque de sommeil.

les inquiétait, il ne voulait pas être surpris dormant et cherchait à se réveiller ; impossible de remuer, impossible de parler.

« Deux ou trois fois, il put se réveiller seul par l'effort de la volonté ; les autres fois, l'arrivée d'un des siens, le secouant, put seule le tirer de sa torpeur.

« Pour se rendre compte de l'intensité de ce besoin de dormir et de la rapidité avec laquelle le sommeil se produisait, il faut citer quatre cas :

« Une fois, en parlant à un malade à l'hôpital, il tomba endormi en travers du lit.

« Une autre fois, se sentant envahi par le sommeil dans un dîner de famille, il sortit de table pour marcher un peu; il ne put gagner la porte du couloir et tomba par terre, terrassé par la violence du sommeil.

« Une autre fois, chez un malade, sentant que, s'il s'asseyait pour rédiger son ordonnauce, il allait succomber, il fit le tour du salon, regardant les gravures et tableaux, pour se secouer un peu. En regardant un tableau, il tomba à genoux.

« Enfin, un soir, chez lui, regardant le temps qu'il faisait par la fenêtre, il tomba en arrière, à la renverse, vaincu par le sommeil.

« Chose étonnante, cet état de somnolence n'avait aucune influence sur sa lucidité; ni sa mémoire, ni sa facilité à suivre, à coordonner et à enchaîner ses idées n'étaient atteintes.

« La pensée naissait claire, nette, précise, mais son expression écrite, voire même parlée, devenait impossible par l'arrivée du sommeil.

« Par contre, les nuits étaient mauvaises, très agitées; le malade se réveillait toutes les demi-heures, roulait de son lit en gesticulant. Il est tombé jusqu'à onze fois en uue uuit et a été obligé de mettre des planches au bord du lit pour éviter les chutes.

« Il est urgent d'affirmer ici la sobriété absolue du malade, qui n'a jamais abusé d'aucun alcool à aucun moment de sa vie.

« Sa consommation quotidienne était, en moyenne, de 60 centilitres de vin rouge par jour et de 20 grammes de cognac ou rhum, après chacun des deux repas principaux. Jamais autre chose : ni apéritifs, ni bocks, ni liqueurs d'aucune sorte, ni à aucune époque. »

C'est dans cet état que le malade vint me demander conseil, le 28 mai 1894. Voici le résumé de l'examen clinique :

Poids du malade, 132 kilogrammes. Le facies est bouffi, le teint cyanosé, couperosé, les mains œdématiées et violettes. Oppression et anhélation dues à un peu d'œdème pulmonaire. Pouls petit et intermittent, à faux pas nombreux ; pas de lésion valvulaire. L'apparcil digestif est en bon état, rien dans les urines comme élémcnt anormal.

Voici la prescription qui fut faite par nous à notre confrèrc :

Suppression momentanée de tout exercice pouvant amener du surmenage cardiaque.

Diététique :

A 8 heures et demie, 30 grammes de viande rôtie ou de poisson, un œuf à la coque, 40 grammes de pain, 200 grammes de café au lait;

A 11 heures, deux œufs à la coque ou 30 grammes de viande, 125 grammes de vin et eau ;

A 1 heure, 150 grammes de viande grillée froidc, 200 grammes de salade, légumes verts, marmeladcs dc fruits, 30 grammes de pain, 250 grammcs dc vin ct cau, porter à 300 grammes en cas de soif vive ;

A 4 heures, 150 grammes de café ou thé léger;

A 7 heures et demic, mêmc repas qu'à 1 heure.

En dehors des boissons ci-dessus, on peut prendrc, cn cas d'urgence, 100 à 200 grammcs de liquide par jour.

Mesurer chaque jour urincs et boissons.

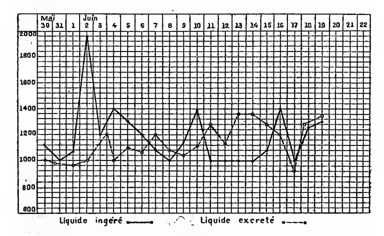
N'augmenter les boissons que si la quantité d'urine est supéricure à la quantité de liquide ingéré.

Une heure de marche après chaque repas.

L'amélioration fut des plus rapidcs, et l'état général s'améliora progressivement, en même temps que les somnolences diminuèrent de fréquence et de violence. La quantité d'urine augmentée arriva à dépasser, en moyenne, la quantité des boissons ingérées de 50 grammes.

Le tracé ci-dessous donne, d'ailleurs, le diagramme de la miction urinaire pendant le premier mois de traitement.

Le 19 août suivant, je revis le malade, et je pus constater que l'état grave et pénible s'était singulièrement amélioré. Le poids n'était plus que de 114 kilogrammes, soit une diminution de 20 kilogrammes obtenue en deux mois et demi.



Je conseillai alors une cure à Brides, dans les conditions thérapeutiques suivantes :

Le matin.... 4 verres de 250 grammes;
A 11 heures.. 1 verre —
A 5 heures... 2 verres —

Tous les jours, massage et douche chaude, entrainement progressif.

Pour suivre l'effet du traitement minéral, il est intéressant de jeter les yeux sur le tableau ci-joint, qui rapproche la composition de l'urine avant et après le traitement. On voit de suite qu'avant le traitement il y a, malgré la faible quantité relative de liquide excrété, un excès de phosphates éliminés, et, par conséquent, perte pour l'organisme

(4 grammes), en même temps que les chlorures sont en moins grande quantité. Après le traitement, l'urine a doublé de quantité (suite de l'ingestion de l'eau), et le drainage amène l'excrétion de 11 grammes en plus d'urée et de 8 grammes en plus de chlorures, tandis que, de 4 grammes, l'élimination des phosphates passe à 3 grammes. (Remarquons que, si les chiffres du tableau paraissent élevés au premier abord, il s'agit d'un homme qui pèse presque le double du poids moyen.)

Examen des urines.	Avant la cure.	Après la cure.
Densité	1027	1014
Quantité	1700cc	3 litres.
Urée	44g,620	51g,000
Acide urique	1 ,292	1 ,680
— phosphorique	4 ,015	3 ,000
— sulfurique	4 ,760	5 ,160
Chlorure de sodium	15 ,640	23 ,400

Au retour de Brides, le poids du malade est descendu à 110 kilogrammes, et c'est ce chiffre qui reste définitif, car il est encore celui de notre sujet à l'heure actuelle. L'état général, excellent dès le mois de novembre dernier, persiste encore aujourd'hui ; l'oppression a disparu, plus d'œdème, plus d'attaques de sommeil, seulement une tendance à la somnolence à de rares intervalles ; mais c'est là l'état normal des gens gras, et notre confrère n'échappe naturellement pas à la règle.

L'étude des deux observations, sur lesquelles je me suis étendu avec assez de développement, nous montre donc, une fois de plus, que les attaques de sommeil peuvent être provoquées par des affections très différentes, et que souvent cette cause se trouve dans des troubles de la nutrition. Elle nous apprend, de plus, que la thérapeutique du sommeil lui-même est une erreur, et qu'au contraire il ne faut le guérir que par voie indirecte, en s'adressant seulement à la cause même des attaques, c'est-à-dire aux troubles de la

nutrition, par l'instauration d'un régime et d'un traitement appropriés, le régime tenant eertainement la plaee prineipale parmi les indieations thérapeutiques à remplir en pareille occurenee.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Note sur le traitement de la malaria (1);

Par le docteur Klein,
de Khaïfa (Syrie).

Rien n'est plus curieux que les effets du ehangement de climat sur la malaria. Souvent il n'est guère néeessaire d'aller dans un pays indemue pour voir les aecès disparaître.

Je tiens iei à relater un fait surprenant. Un de mes amis, qui habitait le pays depuis dix ans, où il a aequis le mal, est venu, pour ses affaires, se fixer à Jaffa. Dans eette ville, les accès se renouvelèrent avee une grande fréquenee malgré le traitement quinique très suivi. Une fois, il est venu pour acquérir un terrain dans le voisinage de Césarée, endroit justemeut redouté dans toute la contrée pour son insalubrité. Pendant deux mois qu'il restait au milieu des marais, il n'a jamais eu un accès de fièvre. Parti pour quelques jours à Jaffa, il a eu son aecès le lendemain. Ce phénomène se renouvela à différentes reprises. Fièvre sans trêve ni repos à Jaffa; pas de fièvre à Césarée. J'ai pu observer des faits analogues, moins saillants en un assez grand nombre, pour conseiller à mes malades, dans les eas très rebelles, de changer de loealité. Évidemment, l'idéal est d'aller dans un pays indemne; mais, faute de le pouvoir, il faut se contenter, à tout hasard, de eonseiller le ehaugement de localité. Des

(1) Suite et fin. Voir le précédent numéro.

faits analogues ont été observés dans l'asthme, et Trousseau en rapporte, dans ses leçons cliniques, des cas remarquables, ce qui lui faisait attribuer à l'asthme un caractère d'une maladie nerveuse.

En est-il de même dans la malaria? Le système nerveux intoxiqué par plusieurs attaques ne se comporte-t-il pas comme dans l'hystérie, par exemple, où des causes extérieures, souvent inconnues, provoquent l'attaque. C'est possible.

Au point de vue clinique, nous croyons utile de traiter de la fièvre pernicieuse immédiatement après la fièvre intermittente franche; car la perniciosité apparaît au cours d'une fièvre normale, et souvent une attaque d'une intermittente, à un de ses stades présente des phénomènes qui doivent mettre en éveil le praticien, car la moindre erreur peut être funeste.

Nous allons donc parler des phénomènes pernicieux au cours d'une intermittente normale.

Qu'est-ce que la fièvre pernicieuse? Quelle est sa définition? Ce n'est pas, certes, une entité morbide; elle est créée par le même agent qui produit toutes les maladies de l'impaludisme, et c'est le danger immédiat que court le malade qui permet de qualifier une fièvre comme pernicieuse.

En effet, au cours d'une intermittente ordinaire, aucun danger ne menace la vie du malade, avec les phénomènes pernicieux, la mort est imminente sans l'intervention active.

Quelle est la cause de la perniciosité? Faut-il la chercher dans l'organisme lui-même en l'état de débilité, ou dans l'agent infectieux? Ce sont les qualités de l'agent de la fièvre disent les uns; l'organisme débile, affaibli par des maladies ou des attaques antérieures, résiste faiblement à une nouvelle atteinte, et c'est ce manque de vigueur dans sa résistance qui crée la perniciosité, prétendent d'autres.

La vérité est entre ces deux opinions.

Oui, l'organisme débile est plus exposé aux coups de la pernicieuse qu'un organisme vigoureux, mais il est néanmoins vrai que la virulence de l'agent infectieux peut être sensiblement augmentée à la suite des conditions climatériques ou autres, qui, par leur complexité, échappent à notre investigation. Nous savons que certains microbes augmentent leur virulence dans des conditions déterminées; pourquoi cela ne serait-il pas vrai pour la plasmodie de Laveran? Il est d'observation courante que des individus vigoureux succombent à l'attaque primitive d'une pernicieuse, et nous, personnellement, nous n'oublierons jamais le cas d'un ouvrier, un vrai colosse, sans antécédents médicaux, qui est mort sous le coup d'une pernicieuse qui n'a pas été reconnue à temps. Il ne faut pas, par conséquent, se croire à l'abri d'une surprise quand on se trouve en présence d'une intermittente chez un individu non débile ; à un moment donné, pendant un des stades, les phénomènes pernicieux peuvent apparaître. La malaria a sa constitution comme toutes les maladies. Il y a des épidémies où la pernicieuse a une grande tendance d'apparaître, et ceux qui ont vu l'épidémie de 1892, à Jaffa, ne l'oublieront jamais. La cause de la perniciosité était bien dans la vigueur de l'agent morbide, car vieux et jeunes, débiles et vigoureux, ont payé leur tribut au mal avec une très grande léthalité. Nous croyons donc que la pernicieuse est causée par l'exagération de la virulence de l'agent de la maladie, et qu'elle est plus ou moins dangereuse selon le terrain qu'elle rencontre. Comme nous avons dit plus haut, les phénomènes de perniciosité peuvent apparaître à un des trois stades de la fièvre intermittente. En examinant ces trois périodes, nous avons dit que le stade de frisson dépasse rarement une heure, une heure et demie. Eh bien, chaque fois que le frisson dure plus d'une heure, ou chaque fois que le frisson reprend après quelques bouffées de chaleur, il faut redouter l'appa-

rition des phénomènes pernicieux. Ces phénomènes ont rarement lieu à la première période; c'est à la deuxième ou au commencement de la troisième qu'ils se montrent. La fièvre pernicieuse, au cours d'une intermittente ordinaire, doit être distinguée, par conséquent, de la fièvre intermittente grave. Cette dernière est grave, à cause des conditions individuelles du sujet, ou à cause des accidents fortuits qui n'ont pas de rapport avec la maladie elle-même, mais peuvent en assombrir le pronostic. La pernicieuse est une fièvre anormale, dont la gravité réside dans les qualités virulentes de l'agent infectieux. La classification des fièvres pernicieuses doit être basée sur les trois grands départements du système nerveux qui sont atteints par les accès, à savoir le système vaso-moteur et sympathique, l'appareil cérébral, l'appareil spinal.

Une des plus fréquentes est la pernicieuse algide; la plupart du temps, elle apparaît au cours du stade de chaleur et de sueur. Avec une sensation de chaleur interne, une soif inextinguible, le malade voit ses téguments se refroidir; une sueur apparaît, mais une sueur froide, visqueuse; la coloration des téguments est cyanique, les lèvres sont bleuâtres; le pouls est petit et précipité, l'angoisse est indescriptible, d'autant plus que les facultés mentales sont intactes. La mort arrive en général au bout d'un temps qui varie entre deux à quatre heures.

Nous ne croyons pas que la pernicieuse puisse guérir sans l'intervention de l'art, et encore faut-il qu'elle soit prompte et énergique.

En face de ces phénomènes redoutables, il n'y a pas de temps à perdre; il faut saturer l'organisme de quinine dans le délai le plus court, et ici les injections hypodermiques sont absolument indiquées. La dose de quinine doit être élevée, et il ne faut pas s'effrayer devant la dose de 4 à 5 grammes. Nous répétons que l'organisme, en possession

de la fièvre pernicieuse, est d'une tolérance remarquable vis-à-vis de la quinine.

La meilleure préparation nous a paru être le bromhydrate de quinine et le chlorhydrate. Voici une formule de ces injections :

Bromhydrate de quinine..........	2 grammes.
Éther sulfurique.................	8 —
Alcool...........................	2 —

Chaque seringue de Pravaz contient 20 centigrammes de sel. On fait d'emblée dix injections, ce qui représente 2 grammes de substance active. En même temps, il faut stimuler l'organisme et relever l'action du cœur. L'alcool, l'éther et le camphre sont d'une grande utilité.

En voici une formule dont nous nous servions toujours dans ces cas :

Camphre........................	1 gramme.
Sirop d'éther.....................	40 —
Cognac ou rhum.................	60 —
Sirop d'oranges amères...........	30 —
Eau............................	70 —

Toutes les dix minutes une cuillerée à soupe.

Si, dans une heure, l'amélioration ne survient pas, faire injecter cinq seringues de Pravaz de la solution de bromhydrate de quinine. En général, une réaction se produit. Le pouls se ralentit et devient plus fort, la sueur devient plus chaude, la couleur cyanique des téguments disparaît. Si les phénomènes de la réaction salutaire tardent à apparaître, il faut continuer les injections de bromhydrate, et nous répétons que la dose de 5 grammes et même 6 grammes ne doit point effrayer. Il ne faut pas oublier que, dans ces cas redoutables, le seul salut est la quinine, et que ces doses, qui paraîtraient excessives dans toute autre condition, sont tolérées par l'organisme.

Aussitôt que le péril imminent est conjuré, la tâche du

médecin n'est pas finie. La pernicieuse a une grande tendance à revenir, et il faut saturer l'organisme de quinine pour prévenir la récidive ; car la pernicieuse est plus grave quand elle s'abat sur un organisme qui a déjà subi des attaques antérieures.

Nous prescrivons toujours la potion suivante qui a l'avantage de réunir les qualités d'une potion de Todd et d'une préparation quinique :

Chlorhydrate de quinine........	4	grammes.
Extrait mou de quinquina........	2	—
Cognac........................	80	—
Sirop simple..................	60	—
Eau..........................	100	—

Trois verres à liqueur le premier jour après l'accès pernicieux, et deux cuillerées à soupe les jours suivants.

Pendant la convalescence, les plus grandes précautions seront prises, car, à la suite d'un accès pernicieux, l'organisme se trouve fortement affaibli, la perte du sang, à la suite de la destruction des globules rouges, est grande, et les écarts du régime alimentaire, un refroidissement, peuvent avoir des conséquenccs sérieuses. Il faut bien nourrir le malade en évitant de surcharger l'estomac. Les viandes saignantes, les œufs à la coque, le lait, les vins généreux, seront la base de l'alimentation. Au moins pendant dix jours après l'accès, la sortie après le coucher du soleil sera prohibée rigoureusement, et c'est seulement peu à peu que le malade reprendra sa vie habituelle.

Cette intervention est générale dans tous les cas de fièvre pernicieuse, aussi bien de celle qui apparait au cours d'un accès de l'intermittente que de celle qui survient d'emblée.

Il nous reste maintenant à donner une description succincte des autres formes de la pernicieuse, en indiquant s'il y a lieu, les particularités thérapeutiques selon les cas.

Un autre forme qui survient au cours du stade de chaleur

est la pernicieuse typhique. La température monte graduellement pour atteindre 40 ou 41 degrés, la face est rouge, la peau sèche ; tantôt le délire est violent, le malade fait des efforts pour quitter son lit et il faut l'y retenir par force, tantôt il reste dans un état de prostration sans reconnaître l'entourage ; l'urine est souvent supprimée, la constipation est presque de règle.

Les heures se passent sans que la transpiration apparaisse ; le pouls, plein d'abord, faiblit, en se précipitant, et au bout d'un temps variable le malade meurt en hyperthermie. En dehors du traitement quinique (injections de bromhydrate à haute dose), il est nécessaire d'enlever l'excès de calorique par des lotions froides sur tout le corps. Une potion au musc peut être prescrite pour calmer le délire.

Les selles doivent être provoquées par des lavements à l'eau froide. Des limonades fraîches seront administrées de temps en temps. Si les signes de la congestion encéphalique sont prononcés, les affusions d'eau froide sur la tête, ou un sac de glace seront mis en usage. Il faut être sobre d'émission sanguine; au plus il est permis de mettre quelques sangsues derrière les oreilles, car ce qu'on ne doit jamais perdre de vue, c'est que l'accès pernicieux détruit un nombre considérable de globules rouges, et que les signes d'irritation encéphalique sont dus autant à la présence du pigment ocré qu'à l'afflux du sang et que la saignée ne peut rien contre le premier.

La pernicieuse diaphorétique survient au troisième stade, celui de sueur. Rien dans les premiers stades n'annonce son apparition. Tout se passe normalement et la transpiration apparaît. Au bout d'un certain temps elle devient d'une abondance insolite ; le malade est littéralement inondé. Comme signes subjectifs il faut noter le manque de ce bien-être qui caractérise ce stade au cours d'une intermittente normale. Le malade est oppressé, la faiblesse est grande. Bien-

tôt les sueurs deviennent froides, la température descend au-dessous de la normale.

Rien de particulier comme traitement quoique le perchlorure de fer à la dose de quinze à vingt gouttes par jour paraisse modérer la diaphorèse.

Tels sont les principaux accidents pernicieux au cours d'un accès de fièvre intermittente. Ils sont rares dans les pays tempérés, mais dans les pays chauds, leur fréquence est assez grande, et le praticien ne doit jamais perdre de vue qu'un accès de fièvre intermittente, apparemment bénigne, peut se compliquer au cours d'un des stades.

La fréquence des accidents pernicieux est subordonnée aux époques de l'année. En Syrie, par exemple, après les premières pluies, ils commencent à se montrer pour devenir exceptionnels au milieu de l'été et réapparaître au mois d'avril après les dernières pluies ; au milieu de l'été, quand le sol est desséché, ils deviennent moins fréquents. Cette fréquence des fièvres pernicieuses juste au moment, quand l'agent infectieux se réveille à la suite de la chaleur et de l'humidité, tandis que les habitants viennent de passer par une époque où les fièvres sont relativement rares, et que par conséquent l'organisme se trouve reposé, prouve que la perniciosité réside plutôt dans la virulence exaltée de l'agent infectieux que dans le terrain sur lequel la fièvre se développe.

Nous avons négligé, en traitant de la fièvre intermittente, de faire la description de types. La classification en est trop connue et la thérapeutique est la même pour tous les types. Si la forme intermittente est la plus fréquente, si d'autres formes sont pour ainsi dire inconnues dans nos parages, il n'en est pas de même dans les pays chauds. La fièvre rémittente dite *continue* est très fréquente, elle est aussi plus grave, et les accidents pernicieux à la suite de cette forme sont plus fréquents qu'au cours d'une intermittente. D'après

l'intensité des symptômes, la fièvre remittente se présente sous deux formes : *légère* et *grave*.

Les traits saillants d'une remittente sont l'ictère et l'hématurie.

Elle débute, ou par un accès ressemblant à un accès de l'intermittente, cas le plus fréquent, ou d'emblée.

Un frisson ouvre la scène ; ce frisson est très violent et d'une durée prolongée ; l'accès terminé, le malade n'éprouve pas ce bien-être si caractéristique durant et après le stade de sueur. D'ailleurs ce stade se fait mal, d'une façon incomplète ; la prostration est grande. Au bout d'un temps variable entre quelques heures et un jour, un second accès apparaît, si l'ictère n'a pas apparu pendant le premier accès (cas le plus fréquent), il fera indubitablement son apparition dès le deuxième. Il débute par la face pour envahir bientôt tous les téguments. Mais quand l'ictère n'est pas encore apparent, les urines sont déjà sanglantes.

Le foie et la rate sont tuméfiés, la région hépatique, sans être douloureuse, est sensible ; la pression, même légère sur l'épigastre, provoque une vive douleur. Les vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, apparaissent ; la quantité de bile est souvent très considérable. Les urines sont rares, et leur coloration varie entre celle du vin de Malaga et celle de l'eau rougie.

La température est très élevée : 40 degrés, 41 degrés ; le pouls, dur, bat 120, 130 pulsations ; le malade est très agité et il y a du délire, quelquefois il est très affaissé, abattu.

Les accès se renouvellent, se rapprochent, et bientôt la rémittence devient de très courte durée, ce qui a permis d'attribuer à cette fièvre le type continu.

La rémission a lieu aussi bien le matin que le soir.

Ceci est la forme grave ; dans la forme légère, tous les symptômes sont atténués, les vomissements sont moins fré-

quents, les urines moins colorées, la rémission plus marquée et l'abattement moins prononcé. La forme légère est bénigne au point de vue de la léthalité immédiate, mais le pronostic de la forme grave est sombre.

Les éléments du pronostic sont les suivants : la précocité de l'ictère et son intensité. Quoiqu'on ne doive jamais se baser sur un seul signe, et l'intensité de l'ictère n'est pas toujours en rapport avec la gravité du cas.

La fréquence des vomissements et la quantité de bile rendue est un élément plus sûr. Chaque fois que cette fréquence devient excessive, le cas doit être jugé comme très grave.

Les urines, très colorées et en petite quantité, fournissent un élément de pronostic de premier ordre ; l'anurie est un présage d'une mort certaine. La marche de la température (la rémittence) est aussi un signe précieux, et chaque fois que le type tend à revêtir la forme continue, le danger est très grand.

Le traitement de la bilieuse hématurique doit être institué à un double point de vue : combattre l'action toxique et débarrasser l'organisme des produits de déchets des globules rouges détruits.

Le premier but va être rempli par la quinine et à haute dose. Il faut avoir d'emblée recours aux injections hypodermiques ; car, vu les vomissements, le malade ne pourra pas tolérer la quinine administrée par la bouche. La dose sera élevée, jamais au-dessous de 2 grammes, et il ne faut pas redouter les doses plus élevées ; car, après tout, la bilieuse hématurique grave est une pernicieuse à forme spéciale. Cette première indication remplie, nous devons nous efforcer d'aider l'organisme à se débarrasser, par des évacuants, des produits nuisibles. Il faudra donc combattre la constipation, qui est constante. Les purgatifs salins seraient préférables ; mais, malheureusement, leur emploi est difficile, vu leur goût désagréable qui provoquent les vomisse-

ments, déjà si difficiles à combattre. Le sel de Seignette, à la dose de 30 à 40 grammes, est la meilleure de ces préparations.

Le calomel nous paraît préférable ; car, en même temps c'est un cholagogue. Administré à dose fractionnée, il produit, au bout de cinq à six heures, des selles abondantes. Nous recommandons spécialement, parallèlement avec le calomel, les lavements répétés deux fois par jour.

Les vomissements seront combattus par tous les moyens que nous avons énumérés plus haut en traitant des accès intermittents.

Entre ces moyens, le champagne glacé est le plus efficace.

Les émissions sanguines doivent être rigoureusement proscrites, mais dans les cas de rachialgie très violente, des ventouses scarifiées sur la région douloureuse soulageront le malade.

Si la température est très élevée, les lotions froides sur tout le corps avec l'enveloppement dans une couverture de laine, ce qui favorise la sudation. La convalescence doit être suivie, et tous les moyens pour remettre l'organisme fortement affaibli doivent être mis en usage.

Nous avons épuisé tous les types principaux de la fièvre paludéenne en général. Entre ces différents types, il y a de nombreux intermédiaires, et si l'on voulait y ajouter ce qu'on appelle *fièvres larvées*, on pourrait continuer la description *ad infinitum*. En effet, il n'existe qu'une seule maladie, l'hystérie, qui présente une variété aussi grande et aussi capricieuse dans ses manifestations.

Le praticien, qui exerce dans les pays à fièvre ou qui a à traiter un sujet revenant de ces pays, ne doit jamais perdre de vue cette particularité, que l'impaludisme peut revêtir des formes qui, apparemment, n'ont aucun rapport avec la vraie cause du mal. La vraie pierre de touche sera toujours le traitement quinique. Nombre d'affections les plus dispa-

rates, se rapportant tantôt aux irrégularités dans les fonctions digestives, tantôt ne paraissant toucher que le système nerveux dans ses différents départements, disparaîtront comme par enchantement à la suite du traitement spécifique de l'impaludisme.

Il s'ensuit un principe de thérapeutique suivant : chaque fois que la maladie présentera le moindre doute au point de vue thérapeutique, il faudra instituer, parallèlement avec l'autre traitement, le traitement quinique.

Nous disons le traitement quinique ; car, malgré les nombreux travaux concernant d'autres substances, qui devaient égaler ou même surpasser la valeur thérapeutique de la quinine, nous devons, en se basant sur les données fournies par la clinique, nous en tenir à cette dernière, surtout si l'intervention ne souffre pas de retard.

On a préconisé les différents alcaloïdes qui entrent dans la composition de l'écorce de quinquina. Mais, véritablement, un seul, la cinchonine, mérite quelque intérêt. A dose double de celle de la quinine, elle aurait fourni, entre les mains de certains praticiens, des résultats très satisfaisants. Entre nos mains, elle a souvent échoué, et nous pouvons formuler notre opinion concernant cette substance de la façon suivante :

Dans des classes pauvres et dans des cas de fièvres intermittentes bénignes, en dehors de la saison dangereuse, on peut administrer la cinchonine à la dose de 1 à 2 grammes, au lieu et place de quinine, en la remplaçant par le sel de quinine si le résultat paraît incertain. Jusqu'à nouvel ordre, en l'état actuel de la science, le seul remède dont l'action reste toujours égale à elle-même est la quinine.

Le sel le plus préférable est celui dont la solubilité est plus grande, et, sans conteste, c'est le chlorhydrate de quinine.

Ce sel est précieux encore parce qu'il est très facile de

préparer avec lui des solutions pour injections hypodermiques, qui, grâce à l'extrême solubilité, peuvent être assez riches pour épargner au malade de nombreuses piqûres là où il faut agir vite. La solution suivante, par exemple, donne 40 centigrammes de substances utiles par piqûre :

Chlorhydrate de quinine............	4 grammes.
Glycérine........................	4 —
Eau distillée......................	6 —

Il est utile de varier les sels de quinine dans des cas rebelles à un sel employé. Ainsi, nous avons vu de nombreux cas de fièvre céder à l'emploi de bromhydrate de quinine là où d'autres sels restaient inefficaces.

Dans des fièvres avec la prédominance des phénomènes d'excitabilité du système nerveux, il faut donner le valérianate de quinine.

L'acide phénique peut être utile dans le traitement des fièvres à longues échéances; mais il ne faut pas laisser de côté la quinine, le véritable, le seul spécifique de la malaria.

En somme, la quinine à doses très élevées dans les cas graves; les reconstituants, l'hydrothérapie, dans le traitement de l'anémie paludéenne, voilà en quoi se résume toute la thérapeutique de cette affection. L'essentiel est de savoir se servir des moyens puissants que nous avons entre nos mains, et ce savoir n'est acquis que sur place par la pratique. Notre article n'a pour but que de tracer les lignes générales, qui peuvent permettre à un praticien jeté brusquement dans un pays à fièvres, de ne pas être dépaysé médicalement parlant au milieu des phénomènes morbides qu'il rencontrera.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

M. LE PROFESSEUR POTAIN.

(Hôpital de la Charité.)

Traitement de la chlorose.

Dans une leçon de clinique faite à l'hôpital de la Charité, le professeur Potain divise le traitement de la chlorose d'après les différentes formes de cette affection, les indications thérapeutiques variant avec ces formes.

1° Indications dans la variété de chlorose portant uniquement sur le système sanguin :

Stimulants généraux, bains salés, bains de mer, frictions sèches, etc. Exercice physique modéré. Travail intellectuel réglé d'après l'état des malades. Éviter les excitations nerveuses, les émotions, qui sont nuisibles aux chlorotiques, à tel point que le mariage est loin d'être toujours bon pour ces malades, comme on le dit généralement. Le fer doit être administré en dehors de l'alimentation, qui doit être réconfortante. La médication phosphorique est administrée sous forme de phosphates ou de glycérophosphates.

2° Chlorotiques présentant des troubles cardiaques : palpitations, dilatation cardiaque.

Contre les palpitations, il faut laisser de côté la digitale et avoir recours aux médicaments qui agissent sur le système nerveux : bromure de sodium, valériane, camphre, etc.

Contre la dilatation cardiaque accompagnée d'oppression, d'anhélation, d'angoisse, de malaise et qui dépend le plus souvent de l'état dyspeptique, c'est à la dyspepsie qu'il faut s'adresser. L'alimentation doit être choisie et réglementée. Le traitement variera suivant la variété de dyspepsie à laquelle on aura affaire.

Dans la *dyspepsie douloureuse*, l'estomac ne pouvant tolérer

que difficilement les médicaments, on aura recours aux préparations ferrugineuses solubles et aux eaux ferrugineuses. On peut, dans les cas intolérants, administrer le fer par la voie hypodermique ; les injections de sang défibriné ont été préconisées.

Contre la *dyspepsie atonique* avec hyperchlorhydrie, on aura recours aux alcalins ou à l'hygiène pure, qui peut rendre les meilleurs services ; suppression du vin et des alcools, choix très sévère des aliments. On se trouvera fort bien aussi, chez ces malades, des inhalations d'oxygène.

Contre l'*embarras gastrique chronique* avec dilatation d'estomac, on fera le lavage de l'estomac, et, s'il est insuffisant, on pourra faire de l'électrisation par les courants continus, en mettant le pôle négatif sur l'estomac.

Dans la *dyspepsie avec anorexie*, qui s'accompagne d'un état neurasthénique fâcheux pouvant conduire les malades à la vésanie, le danger peut devenir très grand, car la thérapeutique est inefficace ; la meilleure chose à faire, c'est de changer de milieu, mais il y faut peu compter.

3° Chlorotiques névropathes. Chez ces malades, les indications diffèrent essentiellement, suivant qu'il existe de l'*atonie* ou de l'*excitabilité nerveuse exagérée*.

Dans le premier cas, *atonie*, il faut conseiller la gymnastique, les voyages, l'exercice.

Dans le second cas, *excitabilité exagérée*, les malades ont besoin de repos, parfois du repos au lit ; alimentation très modérée, pas de fatigues, séjour à la campagne. Hydrothérapie ; on commencera par des douches chaudes dont on baissera de plus en plus la température, pour n'arriver que progressivement aux douches froides et petit à petit.

Contre la dysménorrhée et l'aménorrhée, on aura recours aux différents moyens qui servent à réveiller la fonction languissante.

4° Chlorose compliquée d'une maladie qui l'a précédée.

α Intoxication par l'oxyde de carbone, ingestion du vinaigre : faire cesser l'intoxication.

β *Paludisme.* — Administrer la quinine, l'arsenic ; conseiller l'hydrothérapie.

γ *Syphilis.* — C'est surtout le traitement antispécifique qui sera indiqué. Il faudra donc démasquer le vrai coupable. Il en sera de même pour la *grossesse.*

5° Chlorose compliquée de tuberculose.

α La tuberculose est imminente. La thérapeutique doit être extrêmement attentive ; on mettra de côté l'hydrothérapie et l'on aura recours à l'arsenic et au manganèse.

β La tuberculose existe. Si la tuberculose apparait sous sa forme congestive, le danger est pressant ; il faut faire cesser cet état congestif.

Si c'est la forme torpide, les ferrugineux peuvent rendre des services.

6° Chlorose compliquée d'une maladie de cœur : ***Insuffisance aortique*** ou ***rétrécissement mitral pur***. Si c'est une insuffisance aortique, il faudra essayer de reconstituer le sang. Dans le cas de rétrécissement mitral pur, la chlorose exagérant considérablement les accidents cardiaques, il faut essayer de faire disparaître la chlorose.

La médication ferrugineuse réussit très bien dans ces cas.

Le diagnostic de la variété de chlorose, comme le dit le professeur Potain, présente donc une importance primordiale, puisque les indications et, par conséquent, les médications sont différentes, suivant les formes que peut présenter cette affection.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Gynécologie.

Sur le choix de l'opération à entreprendre contre les fibromes utérins (A. Obaliski, *Wienner Klinik*, XII, décembre 1894). — Dans ce travail, l'auteur essaie de démontrer que :

1° Les lésions de la substance utérine causées par l'énucléation des fibromes peuvent présenter une marche favorable vers la guérison ;

2° L'énucléation des fibromes par voie abdominale, après laparotomie préalable, peut être faite beaucoup plus souvent qu'on ne le pense ordinairement. Pour se mettre sûrement à l'abri de l'infection de la cavité abdominale par la tumeur énucléée de sa loge, l'auteur recommande de suturer au pourtour de la plaie utérine les bords du péritoine incisé ; de la sorte, on préserve la cavité péritonéale du liquide s'écoulant de la plaie cavitaire.

Dans le but de vérifier l'opinion émise, l'auteur soumit à un examen critique 37 cas d'opérations (dont 13 personnels) et 14 préparations ; sur ces 55 cas, 40 (= 72,7 pour 100) étaient, de par leur structure anatomique, propres à l'énucléation.

Sont propres à l'énucléation toutes les tumeurs munies d'une capsule assez accusée pour permettre l'énucléation du fibrome par la main ou à l'aide du manche du scalpel. Sur les 37 opérations, on a pratiqué l'énucléation dans 15 cas, dont 7 d'après la méthode proposée par l'auteur (tous ont donné des succès) et dans les 8 cas restants, l'utérus fut réintroduit dans la cavité abdominale (4 décès). Quoique, dans ces 37 cas, on eût pu pratiquer l'extirpation chez 28 malades, on eut néanmoins recours à l'amputation supravaginale de l'utérus dans 14 cas (avec 5 décès). Ce qui milite encore en faveur de l'énucléation, c'est que, grâce à cette opération, on réussit à conserver l'utérus et que, par suite de la simplicité du manuel opératoire, on peut la pratiquer dès le début de l'affec-

tion. Toutefois, il faut avouer qu'elle ne met nullement à l'abri des récidives.

L'énucléation est absolument contre-indiquée en cas de myomes multiples.

Après l'énucléation de la tumeur, ligature des vaisseaux, sutures étagées des lambeaux de la plaie, suture entortillée des bords de la plaie, bordure de la plaie utérine par les bords de la plaie péritonéale, drainage par la gaze stérilisée. La muqueuse utérine est-elle lésée pendant l'énucléation, on introduira par le vagin des bandes de gaze dans la cavité utérine et on se comportera comme il vient d'être indiqué.

Grâce à ce mode d'opérer, on peut se passer de l'amputation supra vaginale, même dans un grand nombre de cas de fibromes énormes. Se trouve-t-on dans l'impossibilité de conserver l'utérus, on aura alors recours à une des trois meilleures méthodes d'extirpation de l'utérus, à savoir : 1° amputation vaginale par morcellement (Péan) ; 2° amputation supravaginale (Zweifel) et 3°, en dernière ligne, l'extirpation totale de l'utérus par voie abdominale. (*Therapeutische Monatsheft,* mars 1875, p. 158.)

Maladies de l'appareil circulatoire.

Traitement du goitre exophtalmique par le salicylate de soude. — Cas de pyopéricardite guérie par l'incision du péricarde. — Traitement chirurgical du goitre exophtalmique. — Sur le traitement du goitre par l'injection de la glande thyroïde. — Neuf nouveaux cas de goitre exophtalmique traités avec succès par des injections d'extrait de glande thyroïde. — Traitement des ulcères variqueux par la compression et les plaques métalliques. — Anévrisme fémoral traité avec succès par la compression digitale.

Traitement du goitre exophtalmique par le salicylate de soude (Dr Chibret, de Clermont-Ferrand). — Pensant que le goitre exophtalmique par les poussées, les accalmies de son évolution et ses antécédents arthritiques a des analogies avec la goutte, l'auteur a eu l'idée de traiter la maladie de Basedow par le sali-

cylate de soude. Quatre cas types ont été heureusement modifiés par la médication salicylée. Le salicylate de soude est prescrit en quatre doses quotidiennes, chacune d'elles étant véhiculée dans un quart de litre de liquide pour augmenter la tolérance. La dose totale moyenne est de 5 grammes. On peut, suivant les cas, l'abaisser à 4 ou 2 grammes. Elle doit être continuée pendant longtemps après les premiers succès, et l'on y reviendra de temps en temps toutes les fois que l'état général semble devenir moins satisfaisant.

Cas de pyopéricardite guérie par l'incision du péricarde (A. Freih. v. Eiselsberg, *Wiener klinische Wochenschrift*, 1895, nº 2). — Après avoir fait l'historique de la question, l'auteur rapporte un cas de pyopéricardite traumatique; à trois reprises différentes, on retira, par la ponction, des quantités considérables de l'exsudat pyofibrineux, mais la guérison définitive ne fut obtenue que par l'incision du péricarde.

S'il est vrai que, dans ce cas aussi, l'incision s'est montrée supérieure à la ponction, on fera tout de même bien de commencer toujours par celle-là, vu son innocuité, et de n'avoir recours à l'incision qu'après avoir échoué avec la ponction ou n'avoir obtenu avec elle qu'un résultat passager. Il est d'autant plus indiqué d'agir de la sorte qu'il ne viendra à l'idée de personne de pratiquer la péricardotomie sans ponction exploratrice préalable.

Il va sans dire que, pour se mettre sûrement à l'abri de tout accident, on n'emploiera, pour les ponctions du péricarde, qu'un trocart *extrêmement fin* (*Therapeutische Monatsheft*, mars 1895, p. 156).

Traitement chirurgical du goitre exophtalmique (Dr Tuffier, in *Gazette médicale de Paris*, du 23 mars 1895). — Le docteur Tuffier, dans une clinique, à propos d'une jeune fille de vingt-six ans, atteinte depuis sept ans de goitre exophtalmique, chez qui le traitement électrique et les injections iodées n'avaient donné aucun résultat, préconise la thyroïdectomie partielle qu'il

a pratiquée sur cette malade avec succès ; la malade, revue sept mois après l'opération, ne présente aucun trouble de sa santé générale. Les palpitations, le tremblement, la dyspnée, ont disparu depuis son opération, l'exophtalmie est à peine sensible. Suivant l'auteur, la thyroïdectomie totale doit être abandonnée à cause des accidents tardifs ; l'exothyropexie n'a pas encore fait ses preuves ; la thyroïdectomie partielle s'attaquant au lobe hypertrophié est la méthode de choix ; elle trouve un solide appoint dans les théories actuelles sur l'hyperthyroïdisation et devient une opération rationnelle, logique, une véritable thérapeutique *pathogénique.*

Sur le traitement du goitre par l'injection de la glande thyroïde (Bruns, *Beiträge fur klinische Chirurgie*, Bd. VIII). — L'auteur a traité en tout soixante goitres par l'ingestion de la glande thyroïde, soit du parenchyme glandulaire cru, soit sous forme de tablettes de thyroïdine, à la dose quotidienne de deux tablettes (adultes) ou d'une tablette (enfants). Le traitement est prolongé pendant trois à quatre semaines.

On ne soumettra à ce traitement que les goitres parenchymateux, les goitres kystiques restant tout à fait rebelles à cette médication. En tout cas, on se gardera bien de la prescrire aux sujets atteints de maladie de Basedow, sous peine de voir aggraver l'état des malades.

Sur les 60 cas traités par lui, Bruns a obtenu 20 guérisons complètes, 23 améliorations très notables, et il n'a échoué que dans 17 cas. Quant à la guérison complète, il ne faut pas y compter chez des sujets au-dessus de vingt ans, ce sont les enfants qui présentent le pronostic le plus favorable. Les récidives survenues dans 3 cas, ont cédé rapidement au traitement réitéré. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, avril 1895, p. 224).

Neuf nouveaux cas de goitre exophtalmique traités avec succès par des injections d'extrait de glande thyroïde (G. Bogroff, *Youjno-rousskaïa méditsinskaïa Gazetta*, 19 janvier,

26 janvier et 2 février 1895). — Outre les 3 cas rapportés en 1894, l'auteur a eu à traiter 9 nouveaux cas de goitre exophtalmique. Les injections d'extrait de glande thyroïde ont amené dans tous les cas l'amélioration de la plupart des symptômes morbides, et dans quelques cas on peut presque parler de guérison complète.

Sans se prononcer encore catégoriquement sur l'efficacité comparée de ce traitement sur les divers signes de l'affection et l'ordre d'après lequel ils cèdent les uns après les autres, il se croit tout de même autorisé à émettre l'opinion que, sous l'influence des injections, le goitre peut disparaître même tout entier; moins il est invétéré, et plus rapidement et plus complètement la glande thyroïde reprend son volume normal. L'exophtalmie peu accusée disparaissait complètement; était-elle plus prononcée, on nota tout de même sa diminution dans tous les cas sans exception aucune. On n'a pas observé de relation déterminée entre la diminution du goitre et celle de l'exophtalmie. Le symptôme morbide le plus rebelle au traitement, c'est la tachycardie; elle ne cède complètement et rapidement à la médication que quand elle est peu accusée, tandis que dans les cas graves, les succès sont tout à fait exceptionnels.

Dans tous les cas observés, la marche de l'amélioration peut être indiquée par une ligne ondulatoire, c'est-à-dire, les améliorations alternent avec les aggravations, mais avec le temps les améliorations deviennent de plus en plus accusées et stables et les aggravations de plus en plus effacées et surviennent moins fréquemment. L'auteur préféra les injections à l'ingestion du suc de la glande thyroïde pour les raisons suivantes :

1° A cause de la saveur désagréable de cet extrait;

2° Les glandes ingérées provoquent des troubles de la digestion;

3° En administrant la glande par la bouche, on s'expose à introduire dans l'organisme des substances nocives;

4° Grâce à ce procédé de traitement, on est à même de doser exactement les quantités à injecter. Or, les cas de myxœdème survenus dans le cours du traitement par la glande thyroïde démon-

trent, à n'en pas douter, que l'organisme ne reste par indifférent envers cette substance et nous impose l'obligation de ne l'administrer qu'en quantité voulue et connue d'avance. Grâce aux manipulations auxquelles on soumet la glande thyroïde en vue de la désinfecter, toutes les substances toxiques y contenues sont détruites, d'où l'absence complète de tout phénomène secondaire fâcheux après l'injection du suc de la glande thyroïde. (*Vratch*, 1895, n° 11, p. 311.)

Traitement des ulcères variqueux par la compression et les plaques métalliques (Dr Ascornet, thèse de Paris, 1895). — L'auteur emploie cette méthode déjà connue contre les divers ulcères variqueux superficiels ou profonds :

Contre un *ulcère variqueux superficiel*, on procédera ainsi :

1° Lavage antiseptique de la surface malade et de ses bords avec la solution boriquée ou au sublimé à 1 pour 2000.

2° Application d'une feuille de zinc dépassant les bords de la plaie de 1 centimètre, et mesurant un dixième de millimètre en épaisseur. C'est le zinc en feuilles N... du commerce.

3° Fixation avec une bande en caoutchouc rouge, mesurant en largeur 5 centimètres, et, en longueur, 5 mètres, enroulés en allant du pied jusqu'au-dessous du genou, ménageant les orteils et les talons, et modérément serrée. Pendant cette application, le malade sera couché. C'est le *pansement diurne*. Le soir, enlèvement de la bande en caoutchouc et son lavage; enlèvement de la plaque métallique, son nettoyage.

De plus, désinfection de la plaie avec un antiseptique, et réapplication de la bande, maintenue en place par une bande de toile ou de flanelle. Voilà le *pansement nocturne*.

Avec ce traitement, le malade peut marcher, se livrer à ses occupations habituelles. On observe rapidement une diminution des douleurs, du gonflement des tissus et des œdèmes. Contre un ulcère variqueux profond, le traitement diffère un peu :

1° Au lieu de la lame de zinc, mouler sur le fond et les parois

de l'ulcère, pour éviter l'accumulation de produits septiques, une feuille de papier d'étain pliée en deux ou trois doubles.

2° Appliquer sur ce papier un morceau d'ouate;

3° Même bandage contentif que plus haut.

On substitue la plaque de zinc au papier d'étain aussitôt que la perte de substance est doublée.

Les effets curatifs du pansement se traduisent par la formation du liséré blanc de cicatrisation sur les bords de l'ulcère, l'affaiblissement de ces bords, l'aspect devenant granuleux sur son fond et la diminution du suintement.

Au moyen de la plaque métallique protectrice et de la bande compressive en caoutchouc, l'auteur a pu obtenir la guérison des malades en trois semaines.

Anévrisme fémoral traité avec succès par la compression digitale. — Henry W. Sawtelle (*New York medical Journal*, 23 février 1895, p. 225-227) a eu à traiter un cas d'anévrisme fémoral immédiatement au-dessous du ligament de Poupart chez un homme de vingt-huit ans atteint, il y a sept ans, de syphilis. Après avoir essayé en vain l'application du tourniquet et des bandes compressives, il eut recours à la compression digitale immédiatement au-dessus de l'anévrisme. Déjà après deux heures de compression digitale, tout battement cessa dans l'anévrisme et l'artère, mais la compression fut continuée encore pendant quarante et une heures, c'est-à-dire quarante-trois heures en tout. Pendant tout ce temps, on administra au malade, en injections sous-cutanées, 19 centigrammes de morphine, ce qui permit au malade de dormir et soulagea ses souffrances; pas de phénomènes secondaires fâcheux, à part le ralentissement de la respiration. Le malade fut gardé au lit pendant trois semaines avec la cuisse fléchie à angle droit sur l'abdomen. On continua en même temps l'iodure de potassium. A la sortie du malade, la poche anévrismale était diminuée de moitié, dure au toucher et le caillot qui la remplissait semblait bien organisé. Pas de battement dans la poche ni

dans les artères fémorale, tibiale et poplitée, mais la circulation collatérale si bien développée, que le malade ne ressentait plus de gène aux mouvements. Même état deux mois plus tard.

Après avoir passé en revue tous les procédés de traitement proposés contre l'anévrisme, l'auteur arrive à la conclusion qu'en cas d'anévrisme externe, on commencera par la compression digitale du bout proximal de l'artère et, en cas d'échec, à la ligature du vaisseau d'après le procédé de Hunter; les anévrismes internes seront soumis au traitement de Valsalva modifié par Tufnell (repos au lit, régime sévère et administration, de temps à autre, de la poudre composée de jalap, pour rendre le sang plus dense et activer la coagulation). Quant aux autres médications préconisées pour le traitement de ces anévrismes internes, telles que, par exemple, galvano-poncture, massage, flexion, acupuncture, introduction dans le sac anévrismal d'un ressort ou d'un crin, injection d'une substance coagulante, etc., on ne s'en servira que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Maladies du tube digestif.

Carmin et pyoktanine dans le traitement d'un cas de rétrécissement carcinomateux de l'œsophage. — Trois cas d'entérectomie. — L'entéro-colite muco-membraneuse.

Carmin et pyoktanine dans le traitement d'un cas de rétrécissement carcinomateux de l'œsophage (Moravitsky, *Protocoly omskavo méditsinskavo obchtchestva*, 12 décembre 1894). — L'auteur rapporte l'histoire d'un cas de rétrécissement carcinomateux de l'œsophage traité par le carmin proposé par Pasqual de Michel. Le malade étant dans l'impossibilité absolue de se nourrir par la bouche, il fut obligé de pratiquer préalablement une fistule stomacale. L'état du malade s'étant un peu amélioré, on lui prescrivit le carmin, d'abord sous forme de pilules de glace et ensuite en solution (avec de la soude caustique), à la dose quotidienne maxima de 6 décigrammes. Le carmin était continué pendant cinq mois. Sous l'influence du carmin, le rétrécissement

commenca à se dilater, ce qui permit au malade d'avaler quelques gouttes de liquide. Diminution graduelle jusqu'à disparition complète des ganglions le long du bord interne du sterno-cléidomastoïdien, cessation de la dyspnée et de la toux, et le malade fut de nouveau à même de s'adonner à ses occupations habituelles.

Le carmin ayant cessé d'exercer aucune influence sur la marche de l'affection, l'auteur prescrivit au malade la pyoktanine en solution au quinze-centième, à la dose de 6 cuillerées à bouche par jour; nouvelle amélioration.

Voilà déjà huit mois de passés depuis l'institution du traitement par les substances colorantes susnommées et le malade est dans un état satisfaisant. Le carmin sous forme de pâte aqueuse servit aussi pour le badigeonnage des ulcérations causées par les liquides refluant de l'estomac : les ulcérations se cicatrisèrent en dix jours et depuis (il y a déjà sept mois de cela), elles ne récidivèrent plus. (*Vratch*, 1895, n° 10, p. 276 et 277).

Trois cas d'entérectomie (Katchkovsky, *Chirourghitcheskaïa liétopisse*, 1894). — Sur les 3 cas d'entérectomie pratiqués par l'auteur, il s'agit dans 1 cas d'un intestin dont la paroi malade adhérait intimement au sac herniaire; dans le deuxième cas on eut affaire à un rétrécissement progressif de la lumière de l'intestin, et dans le troisième cas, il s'agit d'une fistule tubéreuse que la plupart des chirurgiens tâchent de traiter par une opération conservatrice. La longueur des portions excisées de l'intestin était différente pour chacun des cas opérés. Dans le premier cas, la longueur était de 5 centimètres et demi; la largeur aux deux bouts de 4 centimètres, et de 4 centimètres et demi à la partie moyenne. Dans le deuxième, la longueur de la portion excisée était de 16 centimètres, dont 8 centimètres revenaient à la partie en amont du rétrécissement, 3 centimètres au rétrécissement et 5 centimètres à la portion en aval; la largeur du bout supérieur était de 12 centimètres à son orifice et de 9 centimètres au rétrécissement; la largeur du bout inférieur était de 5 centimètres au

rétrécissement et de 7 au lieu d'excision. Enfin la portion d'intestin excisée dans le troisième cas était longue de 4 centimètres; l'extrémité supérieure était large de 2 centimètres; quant au bout inférieur, il se rétrécissait en forme d'entonnoir et, à l'endroit le plus rétréci, laissait encore passer une plume d'oie.

S'appuyant sur les observations cliniques de ces trois cas et sur l'examen anatomo-pathologique des portions excisées, l'auteur émet les conclusions suivantes :

1° En cas d'adhérences calleuses des intestins et d'épaississements locaux des parois ayant pour conséquence l'altération de leur structure, la prolifération de leur tissu conjonctif et, par suite, des rétrécissements péritonéaux externes, il vaut mieux, pour prévenir l'hémorragie consécutive, d'exciser la portion de l'intestin correspondante et de réintégrer l'intestin dans la cavité abdominale.

2° En cas d'herniotomie, il ne faut pas conclure de la vitalité plus ou moins grande de la séreuse à l'état intact de la muqueuse; au contraire, la muqueuse est toujours plus affectée que ne l'est la séreuse; aussi dès que la séreuse présente un aspect un peu suspect, on fera bien d'exciser la portion correspondante de l'intestin pour ne pas mettre en danger les jours du malade.

3° Les fistules tubéreuses seront traitées exclusivement par l'excision de la portion correspondante de l'intestin.

4° L'anse intestinale suturée sera laissée libre dans la cavité abdominale pour que sa nutrition et la circulation s'accomplissent aussi normalement que possible. Il est donc contre-indiqué de provoquer son adhérence à la plaie, ce qui aurait pour résultat des coudures, la diminution des mouvements péristaltiques, etc.

5° Les malades sont-ils affaiblis, on pourra les nourrir dès la fin du premier jour après l'opération.

6° Le pansement antiseptique donne de bons résultats dans les opérations de la cavité abdominale (*Vratch*, 1895, n° 8, p. 222).

L'entéro-colite muco-membraneuse (Dr Mérigot de Treigny, *Bulletin médical* du 27 mars 1895, n° 25). — L'auteur, dans

une revue médicale sur l'entéro-colite muco-membraneuse, expose ainsi le traitement de cette affection :

Le traitement doit répondre à des indications multiples : assurer l'évacuation régulière du contenu intestinal et faciliter le détachement des fausses membranes ; combattre les fermentations intestinales et modérer la sécrétion glaireuse ; calmer les spasmes douloureux, enfin, traiter l'état général. Régime alimentaire : laitage, œufs, viandes tendres, grillées ou rôties et bien cuites, les viandes bouillies, les légumes secs en purées, les fruits cuits. L'action laxative des légumes verts pourra être utilisée, mais seulement dans les formes légères de la maladie. Contre la constipation : laxatifs doux qu'on variera pour éviter l'accoutumance.

Petites doses d'huile de ricin fréquemment répétées ; purgatifs salins donnés presque chaque jour en petite quantité.

Mélange de magnésie, de soufre et de crème de tartre par parties égales (une cuillerée à café chaque jour), poudre de réglisse composée, podophyllin, évonymine.

La graine de psyllium et le séné uni à l'*Hydrastis Canadensis* auraient, d'après G. Sée, une action spéciale sur le gros intestin. Grand lavement d'huile pure porté assez haut dans l'intestin pour faciliter l'évacuation des scybales et le détachement des membranes et calmer la douleur ; ce lavement prépare avantageusement, dans les cas d'obstruction, l'effet des grandes irrigations faites suivant la méthode de Cantani, qui est une véritable entéroclyse.

On pourra ainsi faire de l'antisepsie intestinale en additionnant l'eau de borate de soude, de naphtol, ou d'un mélange d'alcool camphré et de teinture de benjoin. Le calomel, par la voie buccale, peut rendre des services dans les épisodes fébriles.

Contre la sécrétion glaireuse on donnera les astringents : le chlorate de soude ou le nitrate d'argent en lavements. Le sous-nitrate de bismuth convient spécialement aux formes dysentériques.

Pendant les périodes douloureuses, outre les drastiques et les irrigations violentes, applications chaudes, cataplasmes, com-

presses d'eau très chaude, bains généraux, lavement d'eau ou d'huile à 38 degrés et 40 degrés.

Comme médicaments, menthol et extrait de *Cannabis Indica ;* belladone, qui joint l'action calmante à l'effet laxatif; morphine dans les crises très intenses. Traitement de l'état névropathique par l'hydrothérapie, le massage, les frictions sèches. Enfin le traitement des différentes lésions qui peuvent s'associer à la colite muco-membraneuse, hémorrhoïdes, entéroptose, etc., a une grande importance pour le succès de la cure.

Thérapeutique chirurgicale.

Sur le traitement chirurgical du torticolis spasmodique. — Quelques remarques pratiques sur les corps étrangers des voies respiratoires et digestives, et des procédés à employer pour les en déloger. — Cas d'obstruction intestinale aiguë par enclavement d'un calcul biliaire dans le jéjunum. — Sarcome abdominal guéri par des injections de toxines érysipélateuses. — Néphrorrhaphie dans un cas de rein mobile gauche.

Sur le traitement chirurgical du torticolis spasmodique (Richardson et Walton, *American Journal of medical Sciences*, janvier 1895). — Ayant analysé les médications proposées ordinairement pour le traitement du torticolis spasmodique, les auteurs émettent les conclusions suivantes :

1° Le traitement palliatif, que ce soit l'électricité, les appareils ou les remèdes auxquels on a recours, ne donnera que très rarement des succès dans des cas de torticolis spasmodique bien avéré.

2° Quant au massage, il ne se montre efficace que dans les cas relativement de récente date.

3° Pratiquement, ce n'est que la résection qui puisse être regardée comme un traitement rationnel et radical.

4° La résection du spinal peut donner un bon résultat, même quand il s'agit du spasme d'un muscle tout autre que le sterno-cléido-mastoïdien; d'autre part, malgré cette opération, l'affection, d'abord limitée à ces muscles seuls, peut ensuite atteindre d'autres muscles encore.

5° La crainte de paralysies consécutives à la résection ne doit pas nous empêcher de recourir à cette opération, la tête pouvant être maintenue levée, même après les résections les plus étendues. La combinaison la plus commune, c'est le spasme du sterno-cléido-mastoïdien d'un côté, combiné avec celui des rotateurs postérieurs du côté opposé; l'attitude de la tête dépend, dans ces cas, du spasme des sterno-mastoïdiens, et de la rétraction des rotateurs postérieurs.

6° Dans la majorité, on fera bien de commencer par la résection du spinal. (*Journal of nervous and mental Diseases,* mars 1895, p. 201.)

Quelques remarques pratiques sur les corps étrangers des voies respiratoires et digestives, et des procédés à employer pour les en déloger (F. Semon, *Medical Chronicle*, avril 1895, p. 1-40). — Il importe beaucoup de ne jamais prêter confiance aux dires des malades concernant le siège du corps étranger; très souvent, ils sont dans l'erreur complète, et le corps étranger est trouvé dans un endroit éloigné de celui désigné par les patients. De même, les malades prétendent très souvent qu'ils sentent nettement la présence du corps étranger, et indiquent même très précisément l'endroit où il s'est arrêté, tandis que, en réalité, l'irritation qu'ils ressentent à un endroit bien déterminé n'est due qu'au passage antérieur du corps étranger ne se trouvant plus dans les voies digestives ou respiratoires. Aussi, est-il nécessaire de soumettre toutes les fois, invariablement, les malades à un examen détaillé s'étendant à toutes les voies digestives et respiratoires supérieures, sous peine de laisser, autrement, inaperçu le corps étranger logé dans un point tout autre que celui indiqué par le malade. Or, règle générale, il est toujours dangereux de laisser longtemps séjourner un corps étranger dans les voies respiratoires ou digestives supérieures. Il se peut que, au début, il n'occasionne aux malades aucune souffrance; mais, tôt ou tard, il finira par provoquer des lésions très graves, et son extraction en sera rendue

beaucoup plus difficile et laborieuse. L'auteur rapporte plusieurs cas où les corps étrangers, restés longtemps en place, ont causé une périchondrite des cartilages laryngés, la perforation de l'œsophage, etc. Il faut donc extraire les corps étrangers le plus tôt possible. Comment s'y prendre ?

On commencera par examiner l'arrière-gorge à la lumière intense, sans recourir à des instruments. En effet, en opérant avec des instruments à l'aveugle, on s'expose à repousser plus profondément les corps étrangers, ce qui, d'une part, rendra plus tard moins facile leur extraction ultérieure, et, d'autre part, peut présenter des inconvénients graves, toutes les fois qu'il s'agit de corps étrangers pointus ou rugueux, tels que, par exemple, arêtes de poisson (les corps étrangers les plus fréquents dans la pratique courante), des os, etc. Aussi, l'auteur met-il en garde contre cette habitude funeste d'introduire, à l'aveugle, une bougie avec laquelle on repousse le corps étranger, obstruant plus ou moins complètement la lumière des voies digestives ou respiratoires supérieures. Que d'accidents graves survenus à la suite de ces manœuvres intempestives ! En résumé, on commencera par examiner les parties incriminées à la lumière intense, et ce n'est qu'après avoir échoué avec ce mode d'examen, que l'on aura recours aux instruments qui permettent de voir, dans toute leur étendue, les voies digestives ou respiratoires supérieures.

Quant au procédé, il varie nécessairement avec l'endroit où est logé le corps étranger.

1° *Nez.* — L'auteur déconseille la pratique qui consiste à pousser avec force une injection dans la narine non obstruée, pour faire refluer le liquide dans la narine interceptée, et la débarrasser du corps étranger. Cette méthode expose à des accidents du côté de l'appareil auditif ; le liquide passe dans la trompe d'Eustache, d'où otite moyenne aiguë. Il vaut donc mieux de badigeonner la narine avec une solution de cocaïne, pour l'anesthésier et l'anémier, et d'enlever le corps étranger à l'aide d'une pince appropriée.

2° *Larynx.* — On essayera de retirer le corps étranger, en se servant d'une pince mince et longue. En cas d'échec, on fera la trachéotomie pour obvier à l'asphyxie, et l'on tâchera de retirer le corps étranger à travers cette brèche. N'y réussit-on pas, on aura alors recours à la laryngotomie. Mais, préalablement à toute intervention chirurgicale, on essayera le procédé qui, parfois, donne des résultats tout à fait inespérés, et qui n'est pas contre-indiqué, même en cas de corps étrangers pointus ou anguleux : on mettra le sujet avec la tête en bas et les jambes en haut, et on l'agitera énergiquement et à plusieurs reprises dans cette attitude. Il arrive parfois que le corps étranger tombe de lui seul du larynx ou des bronches.

3° *Trachée.* — Même procédé : d'abord, on essayera de le déloger à l'aide de pinces, et, en cas de non-réussite, on recourra à la trachéotomie.

4° *Œsophage.* — L'instrument le mieux approprié pour l'œsophage, c'est la sonde œsophagienne en paravent. Quant à repousser le corps étranger vers l'estomac, on n'y songera qu'après s'être assuré, d'une manière indiscutable, qu'il s'agit bien d'un objet rond et lisse (un sou, par exemple, chez les enfants).

5° *Bronches.* — On se servira de pinces minces et très longues

6° Enfin, le corps étranger a-t-il déjà passé dans l'estomac, on administrera aux sujets des aliments fortement amylacés, tels que, par exemple, potages, pommes de terre, lentilles, etc., pour l'envelopper de la pulpe alimentaire et faciliter, par suite, son passage à travers l'intestin.

Très rarement on sera obligé de recourir à des opérations beaucoup plus radicales. C'est ainsi, par exemple, qu'il faudra pratiquer l'œsophagotomie quand il s'agit, par exemple, d'une large plaque dentaire incarcérée dans l'œsophage, ou la gastrotomie pour un gros corps étranger arrêté dans le pylore. Mais, en suivant à la lettre les prescriptions sus-indiquées, on réussira, dans la grande majorité des cas, avec les procédés ordinaires.

Cas d'obstruction intestinale aiguë par enclavement d'un calcul biliaire dans le jéjunum (J.-W. Smith, *Medical Chronicle*, avril 1895, p. 17-20). — Il s'agit d'une femme de quatre-vingt-trois ans, entrée à l'hôpital le sixième jour d'une obstruction intestinale aiguë, sans cause appréciable, avec des vomissements fécaloïdes. Cette femme ayant maigri considérablement avant son entrée à l'hôpital, l'auteur songea à un néoplasme intestinal ayant rétréci la lumière du gros intestin, d'où arrêt des masses fécales épaissies. Colotomie iliaque gauche, pas de néoplasme. Mais le jéjunum était obstrué par un corps arrondi, long d'un demi-pouce : incision longitudinale de l'intestin, extraction du corps étranger, suture de Lambert, suture de la paroi abdominale. Le corps étranger était un calcul biliaire de 15 grammes (à l'état sec), long de 1 pouce et demi, d'une circonférence de 3 pouces 3/8. Mort quelques heures après.

A l'autopsie, on constata une fistule qui faisait communiquer la vésicule biliaire avec la paroi intérieure de la première portion du duodénum, 1 pouce 3/4 au-dessous du pylore; obstruction complète du canal cystique.

L'obstruction intestinale par enclavement d'un calcul biliaire ne se rencontre que très rarement; Mayo Ribson n'en a trouvé que 4 cas sur 80 000 malades.

Sarcome abdominal guéri par des injections de toxines érysipélateuses (Mynter, *Medical Record*, 1895). — Une fille de douze ans, issue de parents bien portants, se plaignait depuis cinq mois de douleurs intenses et de tuméfaction dans la région inguinale gauche, s'étendant graduellement jusqu'à l'abdomen; affaiblissement rapide, fièvre, dyspnée, anorexie, œdème des jambes. Ponction sans résultat aucun. L'auteur conseilla la laparotomie exploratrice : issue d'une grande quantité d'un liquide couleur de chocolat. On constata alors l'existence d'une tumeur inopérable, adhérente au péritoine, au mésentère, au cæcum et aux organes du bassin. Excision d'un petit morceau de cette tumeur, pour examen microscopique. Suture de la paroi abdomi-

nale. Drainage par de la gaze iodoformée; trois jours plus tard, au premier changement du pansement, la gaze iodoformée est remplacée par un drain.

Le même jour, l'auteur injecta, pour la première fois, 5 centimètres cubes de toxine érysipélateuse. Les injections furent continuées tous les jours; dès la première semaine après l'institution de ce traitement, de volumineux débris de tissu nécrosé commencèrent à s'éliminer, et l'on fut obligé d'enlever le drain. Disparition complète de la tumeur, et la malade finit par guérir.

L'examen microscopique du morceau excisé démontra que l'on avait affaire à un sarcome pur. (*Wiener medizinische Presse*, 1895, n° 16, p. 613 et 614.)

Néphrorrhaphie dans un cas de rein mobile gauche (E.-F. Savin, communication à la Société pathologique de Chicago, séance du 14 janvier 1895; *Journal of the american medical Association*, 13 avril 1895, p. 546 et 547). — L'auteur rapporte l'histoire d'un homme de cinquante ans, se plaignant de douleurs abdominales intenses. A la palpation, on constate que le rein gauche est mobile et que l'urine contient du pus et des pyophosphates. Ayant échoué avec le traitement médical, il se décida, sur l'insistance du malade, à intervenir chirurgicalement.

Procédé opératoire : incision ordinaire pour colotomie, le rein reposé dans sa situation normale, incision de la capsule rénale sur une étendue de 1 pouce, les bords de la capsule incisée suturés avec des fils de soie des deux côtés, au bord correspondant de la plaie abdominale, en tirant vers le dehors les bords de la capsule incisée aussi loin que possible.

On passa alors trois sutures de catgut à travers le tissu rénal et les muscles et les fascias, à une certaine distance des bords de la plaie, de chaque côté, et on les serra fortement, après avoir laissé un drain de catgut dans l'angle inférieur de la plaie. Sutures des bords de la plaie aux fils de catgut; les bords de l'incision cutanée aussi rapprochés que possible. Saupoudrement avec du

β-naphtol, et pansement à la gaze au sublimé, recouvert d'ouate. Guérison sans accident aucun.

Pour remédier à l'incurvation de la colonne dorsale, suspension et appareil plâtré de Sayre. Lavage de la vessie avec une solution d'azotate d'argent à 2 et demi pour 100. Électricité.

Résultats : disparition des douleurs, colonne vertébrale plus droite; le malade est à même de retenir dans sa vessie un peu d'urine, et il n'est plus obligé de se lever la nuit pour uriner.

Électrothérapie.

De l'électro-amygdalotomie comme moyen d'ablation des amygdales sans hémorragie, par le docteur Mounier, *France médicale*, 15 mars 1895, n° 11. — L'auteur, sans vouloir faire le procès de l'amygdalotomie de Fahnestock, qui peut donner d'excellents résultats, préconise l'anse galvanique pour l'ablation des amydales palatines.

Elle a l'avantage de supprimer la crainte de l'hémorragie et de débarrasser le malade en une séance et doit être préférée à l'ignipuncture dans les cas d'hypertrophie volumineuse des amygdales, qui donne de mauvais résultats.

L'outillage nécessaire est peu compliqué :

Deux accumulateurs de 3 kilogrammes réunis en tension ou une pile, grand ou petit modèle, de Chardin ; manche de 9 centimètres de longueur utile, tordu sur son axe d'un quart de cercle, l'anse métallique présentant ainsi ses deux chefs superposés, de telle sorte que, sans tourner le poignet, l'anse se présente naturellement dans la verticale et prête à enserrer l'amygdale droite ou gauche ; fil d'acier rigide de 4 dixièmes de millimètre de section.

L'intensité du courant importe peu ; il faut savoir si l'appareil employé peut rougir suffisamment l'anse pour permettre une ablation rapide, ce dont on se rend compte pratiquement lorsque le courant a une intensité suffisante pour porter au blanc éclatant un cautère droit de 6 à 7 dixièmes de millimètre, monté sur le manche du serre-nœud.

Soins préalables. — Badigeonnage de l'amygdale avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au cinq millième ou au dix-millième quelques minutes auparavant.

Durée de l'opération. — Ne dépasse pas cinq secondes.

Soins post-opératoires. — Gargarisme à la résorcine au 1 centième.

En résumé, avantages suivants : absence totale d'hémorragie ; opération peu douloureuse et rapide ; ablation aussi complète que possible, même dans les cas inopérables par l'instrument tranchant.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE (NEUVIÈME CONGRÈS, 1895).

Le neuvième Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 21 octobre 1895, sous la présidence de M. le docteur Eugène Bœckel.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

I. Chirurgie du poumon (la plèvre exceptée), M. Reclus, rapporteur.

II. De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os (crâne et rachis exceptés), M. Heydenreich, rapporteur.

MM. les membres du Congrès sont priés d'envoyer, le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8. Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

La seconde session du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique aura lieu à Genève dans la première quinzaine de septembre 1896. C'est par erreur que quelques journaux ont annoncé cette session pour 1895.

Les questions officielles pour lesquelles il a été choisi des rapporteurs de différents pays sont les suivantes :

Obstétrique. — Fréquence relative et formes le plus souvent observées des rétrécissements du bassin selon les différents pays ;

Traitement de l'éclampsie.

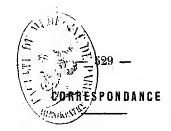
Gynécologie. — Traitement opératoire des rétrodéviations utérines ;

Suppurations pelviennes et leur traitement ;

Mode de sutures des parois abdominales ; meilleur procédé pour éviter : abcès, éventrations, hernies, etc.

En même temps que le Congrès aura lieu, une exposition d'appareils et d'instruments se rapportant à l'obstétrique et à la gynécologie.

L'administrateur-gérant, **O. DOIN.**



CORRESPONDANCE

A la suite de l'abus de son nom, qui a été fait par divers industriels, à l'occasion de ses travaux sur les glycérophosphates, M. Albert Robin a tenu à mettre le public médical en garde contre ces manœuvres malhonnêtes par un avis publiquement donné au cours d'une de ses leçons (voir le *Bulletin de thérapeutique* du 30 mai). Un nouvel abus ayant été commis d'une façon encore plus criante par un pharmacien, M. Albert Robin a cru devoir adresser aux journaux médicaux la lettre suivante :

19 juin 1895.

« Monsieur le Directeur,

« Il a paru dans les journaux de médecine une annonce émanant d'un pharmacien qui se sert de mon nom pour vanter sa marchandise.

« Je proteste énergiquement contre cet acte de flibusterie. Je n'ai donné et ne donnerai à personne le droit de mettre ses produits sous le couvert de mon patronage.

« Un autre industriel utilise une similitude de noms pour établir à son profit une confusion et insérer des annonces où mon nom s'étale en grosses lettres sans aucun prénom distinctif, et cela, malgré mes réclamations.

« C'est là un procédé dont je veux publiquement flétrir l'inconvenance et la déloyauté, en attendant les poursuites judiciaires que je me réserve de faire.

« Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

« Albert Robin. »

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Les bains froids dans la fièvre typhoïde des gens âgés ;

Par A. Bolognesi, interne des hôpitaux de Paris.

Il y a déjà quelques années que notre regretté maître, Juhel-Rénoy, suivant l'exemple de l'école de Lyon, introduisait à Paris la méthode de Brand comme traitement de la fièvre typhoïde et opposait ses résultats merveilleux aux résultats obtenus pour les malades qui n'avaient point été traités par cette méthode. Ses succès, ses travaux sur cette question, l'entraînement de sa parole ardente, sa ferme conviction, avaient réussi à convertir plus d'un tiers de ses collègues des hôpitaux, comme il le dit lui-même dans son livre sur le traitement de la fièvre typhoïde (1892). Malgré les résultats obtenus par la méthode de Brand, malgré l'application de la balnéothérapie dans la plupart des maladies infectieuses, malgré l'innocuité absolue de la méthode, le nombre des médecins qui sont opposés à la médication par les bains froids est encore considérable, même parmi les jeunes ; et des praticiens qui soignent les dothiénentéries à la ville, ceux qui font de la balnéothérapie, constituent encore aujourd'hui l'exception. Qu'arrive-t-il? C'est que, pour chaque épidémie de fièvre typhoïde qui se présente, les cas de morts sont toujours très fréquents, surtout pour les formes graves, et principalement pour les formes sévères, qui sont l'apanage des gens âgés. Tous ces cas de morts surviennent chez des gens non baignés, et nous sommes persuadés d'avance que la balnéothérapie bien comprise et bien conduite, surtout dans les cas qui passent pour désespérés, est la seule thérapeutique assez puissante pour arracher les malades à une mort certaine, comme nous en possédons plusieurs exemples. Pendant l'année d'internat que nous avons passée avec

le docteur Juhel-Rénoy, nous avons pu étudier de près la question du bain froid aussi bien à l'hôpital qu'à la ville, ayant eu, avec notre regretté maître, plusieurs cas à traiter à la ville par la méthode de Brand.

Nous venons de soigner, à l'hôpital Cochin, pendant notre année d'internat dans le service du docteur Dujardin-Beaumetz, qui voulut bien nous laisser pratiquer cette méthode dans les cas graves, une série de quarante malades atteints de dothiénentérie, et nous n'avons eu qu'une seule mort survenue chez une femme atteinte de complication cardiaque, tuberculeuse, et tellement cachectisée, qu'on ne la baigna pas. Nous avons donc l'intention, dans ce travail, non pas de reprendre la discussion entre les adversaires du bain froid dans la dothiénentérie, les timorés et les partisans de la méthode exclusive, la cause a été défendue de main de maître par Juhel-Rénoy, nous voulons tout simplement montrer, malgré tous les avantages que donne au malade typhique le bain froid employé, quelle que soit la forme de la dothiénentérie, que, dans les cas graves, compliqués, survenant chez les gens âgés considérés comme désespérés, non seulement la balnéothérapie est indispensable, mais que c'est une grande faute commise par le médecin, quand, dans de pareils cas, il ne fait pas courir au malade la seule chance qui lui reste, celle d'obtenir la guérison par une médication très pénible, il est vrai, mais la seule puissante, celle par les bains froids.

Plusieurs objections sont faites contre la méthode par les adversaires et les indifférents; nous les passerons rapidement en revue et nous y répondrons. Mais, nous le répétons, notre travail a surtout un but, celui de faire connaître comment on doit donner le bain froid à la ville dans un cas de fièvre typhoïde très grave, afin qu'on ne puisse pas répondre, comme on le fit à un médecin distingué de Paris qui soignait une personne âgée dans une grande ville de cent mé-

decins, ct qui voulut bien nous envoyer auprès d'une dame âgée de cinquante-deux ans, gravement atteinte, et qui dut sa guérison à deux cents bains : « Nous ne connaissons pas la manière d'appliquer la balnéothérapie dans ces cas si graves de dothiénentérie. »

Unc des premières objections faite contre le bain froid est celle-ci : il est très facile de pratiquer la méthode de Brand à l'hôpital, le malade acceptant facilement le traitement indiqué par le médecin ; mais à la ville, c'est tout autre chose. Des difficultés presque insurmontables s'élèvent lorsqu'on parle à la famille de plonger le malade dans un bain d'eau froide à des intervalles si rapprochés, et de lui faire subir un supplice quelquefois très pénible toutes les trois heures, voire même toutes les deux heures au besoin, sans compter les apprêts continuels et répétés du bain pour qu'il soit donné à temps et à température vouluc, les visites incessantes du médecin, la présence constantc d'un aide intelligent qui puisse surveiller le malade et conduire le bain avec exactitude et efficacité. Ccrtes, cette difficulté existe, mais n'est point insurmontable. Quand le médecin sera en présence d'un cas grave dc dothiénentérie, d'un pronostic si sérieux que l'appel d'un confrère aura été nécessaire en présence de la responsabilité fortement engagée, que le cas aura été réellement jugé comme désespéré, il n'est pas dc famille qui puisse refuscr au médecin traitant, en qui elle a mis sa confiance, la seule médication capable de sauver la vie du malade. Il y a là une question de vie ou de mort qui s'impose et entraîne la conviction dc l'entourage. De deux choses l'une, ou il s'agit de gens ayant une certaine fortune et pouvant placer auprès du malade une personne intelligente, qu'elle soit parente du typhique ou que ce soit une garde-malade laïque ou religieuse, ou bien encore un médecin à demeure; dans ce cas, il est facile, après avoir donné les premiers bains avec l'aide désigné, de lui faire connaître la

technique de la méthode, laquelle sera appliquée convena blement après deux ou trois bains.

Quant à l'assentiment du malade, c'est lui-même qui le donnera, lorsqu'il aura vu, après quelques bains, le calme et le sommeil succéder aux souffrances qu'il endurait avant l'application de la balnéation ; chose singulière, malgré les sensations pénibles éprouvées pendant le bain, il demandera lui-même à retourner dans la baignoire quand le moment opportun sera arrivé. La question de la dépense à faire ne sera pas non plus un obstacle bien sérieux, car il est aujourd'hui très facile de trouver des gardes-malades intelligents aussi bien en province qu'à Paris, et à des prix modérés.

S'il s'agit de familles ne pouvant faire les frais de la méthode, bien qu'ils puissent être très minimes, les congrégations fournissant en province des sœurs gardes-malades non rétribuées, et le tout se réduisant alors à la location ou l'achat d'une baignoire, une seule ressource restera au médecin, c'est celle d'obtenir de la famille l'admission du malade dans un hôpital, et là le malade pourra bénéficier de la balnéation. Nous ne pensons pas qu'il puisse exister de parents assez stupides pour empêcher un des siens d'aller chercher dans le seul endroit où il peut l'obtenir, un traitement qui lui rendra la vie, malgré la crainte instinctive de l'hôpital qui règne encore dans nos provinces. A Paris, cet obstacle n'existe pas, car ces préjugés ont disparu de la population. Il existe là, pour nous, une grosse question de savoir-faire pour le médecin, car c'est lui seul qui, par sa persuasion, peut entraîner l'assentiment de la famille.

Sans vouloir revenir sur la question de l'application exclusive de la méthode, on nous fera peut-être encore de nouvelles objections portant sur des cas nombreux non traités par la balnéation et ayant fourni d'excellents résultats. Cela est possible, et, en effet, tous les cas ne sont pas mortels dans la dothiénentérie, mais peuvent, pour certains, aboutir

à des complications qui prolongeront la maladie, la convalescence, alors que, par la balnéothérapie, on pourra leur opposer des cas identiques guéris beaucoup plus rapidement, et n'ayant pas, grâce à la balnéation, présenté les caractères alarmants et les souffrances que la fièvre typhoïde peut produire chez les malades. Mais nous laisserons ces considérations de côté, et avant d'aborder la partie technique du bain froid, nous exposerons rapidement les formes qui nous paraissent justiciables du bain froid, nous appuyant sur les formes graves et les complications qui, non seulement ont besoin du Brand, mais exigent la balnéothérapie pour obtenir la guérison du malade, lequel, sans cela, court à une mort presque certaine. La dothiénentérie peut frapper tous les âges ; mais sa manière d'être n'est pas la même pour tous, que les variations soient dues à la virulence plus ou moins grande de l'agent pathogène ou à la question du terrain.

Il est un point suffisamment acquis : c'est que la fièvre typhoïde présente en général une bénignité très grande chez l'enfant. Aussi, se contente-t-on le plus souvent de faire des lotions fraîches, et la balnéation ne devient nécessaire que s'il survient des complications.

Chez l'adulte, l'intensité de la maladie varie suivant l'état général de l'individu, suivant le degré de typhisation ou mieux d'infection du sujet, amenant des phénomènes graves du côté des éléments nobles, comme le cœur, le rein, le poumon, le système nerveux, une température excessive, etc., et la maladie est classée forme grave, sévère, maligne.

Quand elle survient chez des malades au-dessus de quarante ans, tous les auteurs s'accordent à dire que l'affection est toujours sévère. *A fortiori*, quand elle se présente chez des gens ayant atteint de cinquante à soixante ans, il est facile de comprendre que la résistance du malade, quelle que soit sa constitution, sera beaucoup moindre que celle de l'adulte, car les organes nobles, le rein, le cœur, le cerveau,

.e poumon, n'ont plus, à cet âge, les conditions de résistance qu'on rencontre chez l'adulte.

C'est donc à partir de quarante ans et au-dessus qu'on devra surveiller avec un soin excessif l'évolution de la dothiénenterie, et que, pour les praticiens timorés, la balnéothérapie pourra présenter des indications formelles. C'est surtout à partir de cet âge que la fièvre typhoïde peut aboutir à la terminaisou fatale, et chez ces malades, nous ne craignons pas de le dire, la balnéation doit être appliquée le plus promptement possible dans l'intérêt du malade, quelle que sera la forme de la maladie, car c'est chez ces malades qu'on peut dire : « On sait toujours comment cela commence, mais on ue peut jamais dire comment cela finira. » C'est surtout chez ces malades qu'il ne faudra attacher qu'une bien minime importance à la marche de la température et à sa plus ou moins grande élévation. Il faudra sans cesse avoir l'œil sur les organes principaux, surtout le cœur et le rein. C'est chez eux qu'il faudra veiller aux rechutes, c'est chez eux surtout que la balnéothérapie judicieusement appliquée conduira l'affection vers la guérison.

D'une façon générale, on devra baigner les malades qui présenteront une élévation de la température vers 39°,5 à 40 degrés et dont les rémissions matinales seront nulles ou presque nulles, cette forme en plateau de la courbe technique étant l'indice d'une situation des plus graves. Dès que le pouls présentera une accélération un peu grande, surtout quand cette élévation du pouls coïncidera avec une température peu élevée, s'accompagnera d'un dicrotisme artériel traduisant le manque d'élasticité, l'affaiblissement de la contractilité vasculaire; dès que l'auscultation révèlera des troubles dans la contraction cardiaque, troubles qui se manifesteront par un assourdissement et une égalisation des bruits cardiaques, quand, en un mot, le rythme cardiaque prendra le caractère fœtal, embryocardique, pendulaire, signes tra-

duisant l'affaiblissement du muscle cardiaque, il ne faudra pas hésiter, et l'on devra soumettre le malade au traitement par les bains froids. On y joindra l'administration des toniques du cœur, injection de spartéine, caféine, éther, huile camphrée. On appliquera une vessie de glace sur la région précordiale dans l'intervalle des bains.

Dans les formes qui présenteront une prédominance du côté du système nerveux, adynamie, ataxie, ataxo-adynamie, avec typhisation extrême ou agitation, délire, céphalée, insomnie, carphologie, la balnéothérapie deviendra encore une indication formelle et produira une véritable résurrection du malade qui, après le bain, sortira de sa stupeur, de son agitation, pourra répondre aux questions qu'on lui adressera. Chez les gens âgés, ce sont surtout les phénomènes adynamiques qui domineront, et la balnéation présentera une indication spéciale. Le bain sera court, superficiel, stimulant, avec affusion sur le bulbe pendant toute la durée du bain.

Toutes les fois qu'un typhique présentera une dépuration urinaire insuffisante, rareté des urines, quelle que soit la quantité d'albumine, ce qu'indiquera le bocal spécial donnant la quantité d'urine émise dans les vingt-quatre heures, surtout lorsque cette quantité minime de la sécrétion urinaire ne coïncidera pas avec la quantité des boissons ingérées, les bains froids deviendront absolument nécessaires. Avec eux, on verra la courbe urinaire augmenter, l'ingestion des boissons devenir plus facile, la langue, de sèche et rôtie qu'elle était, devenir plus humide, etc. Enfin, du côté du poumon, la dyspnée toxique, la bronchite, la pneumonie, la congestion pulmonaire, loin d'être des contre-indications, nécessiteront la balnéation. Avant d'aborder la manière d'administrer le bain froid chez les typhiques, nous citerons en quelques mots les effets physiologiques du bain froid dont on trouvera l'analyse complète dans la thèse du doc-

teur Faure-Miller faite sous l'inspiration du docteur Juhel-Rénoy (Paris, 1893).

Le bain agit comme antithermique et permet au malade de défendre sa température; il amène, au bout de neuf à douze minutes, un frisson plus ou moins fort, recherché et voulu, indispensable, car il indique la bonne réaction du malade. Il facilite l'ingestion des boissons en grande quantité, jusqu'à 6, 7, 8 litres et plus, et amène une polyurie en rapport, pouvant s'élever à 7 et 8 litres en vingt-quatre heures. Cette diurèse abondante permet l'élimination des toxines et produit rapidement l'amélioration des phénomènes d'intoxication. Le bain produit une perspiration très abondante, parfois fétide. Nous avons pu nous rendre compte de cette élimination des toxines chez une malade que nous avons baignée sous la direction de notre maître Juhel-Rénoy et des docteurs Robin et Faure-Miller; le coefficient uro-toxique présentait un taux très élevé. Le bain froid est un tonique du cœur et des vaisseaux. Sous l'action de la réfrigération, il reprend son énergie et ses battements deviennent plus réguliers, mieux frappés; le rythme pendulaire disparaît. En augmentant la pression sanguine, la balnéation active la circulation et empêche la stase dans les organes.

Le bain froid est le stimulant et le sédatif du système nerveux dont il est le véritable régulateur ; il amène la disparition des phénomènes nerveux, donne le sommeil et le repos au malade. Il agit d'une façon très avantageuse sur le tube digestif en permettant l'alimentation du malade, et diminue considérablement la durée de la convalescence.

Technique du bain froid. — Nous entrons maintenant dans le côté pratique du sujet; nous passerons rapidement sur certains points pour nous appuyer plus particulièrement sur les cas compliqués.

On fera choix d'une baignoire grande, appropriée à la taille du sujet, assez haute pour que le malade soit complètement

recouvert par l'eau, ne remplissant qu'à moitié cette baignoire. Ces conditions formulées par Juhel-Rénoy sont très importantes dans ces cas sérieux des gens âgés, car c'est surtout chez eux qu'on aura à faire les affusions sur la nuque, ce qui augmentera très notablement la quantité d'eau contenue dans la baignoire. Le fond de bain est complètement inutile.

La baignoire sera placée le plus près possible du malade et à l'abri des courants d'air. L'usage du paravent cachant les préparatifs du bain n'est pas indispensable, car, dans ces cas sérieux, le malade lui-même réclame son bain qui lui procure un soulagement et le repos.

La plupart du temps le malade, même dans les cas très graves, va de lui-même à la baignoire, soutenu par deux aides qui le prennent sous chaque bras. Quelquefois on est obligé de porter le malade dans l'eau. Il y a donc un grand intérêt à avoir une baignoire placée aussi près que possible du lit pour éviter la fatigue du patient et celle des aides.

L'eau sera aussi claire que possible et renouvelée toutes les vingt-quatre heures, et même après deux ou trois jours si son impropreté ne réclame pas son changement. Il est évidemment préférable de la renouveler plus souvent, surtout dans les cas où la peau présente quelques excoriations.

Mais si l'approvisionnement de l'eau est difficile, on fera pour le mieux. L'important est d'avoir de l'eau assez fraîche pour amener celle du bain à la température voulue et pour faire les affusions pendant le bain. On pourra, si l'on veut, pour une baignoire ordinaire, ajouter 40 à 50 grammes de naphtol comme antiseptique. Nous nous sommes très bien trouvé, lorsque nous avons donné des bains froids nous-même à des femmes, d'ajouter à chaque bain quelques poignées de poudre d'amidon pour masquer la nudité de la malade dans le bain.

La température du bain sera de 18 à 20 degrés au minimum

chez les gens âgés, et les premiers bains pourront même être commencés à 25 degrés et refroidis progressivement à 20 degrés afin de ne pas effrayer les malades au début de la médication. Mais l'état général du malade, l'état du cœur, du rein, du système nerveux bien plus que la température, seront les guides sérieux du genre de bain à donner. Il en est de même pour la durée du bain, qui variera avec l'état du malade, l'intensité de l'affection, l'époque de la maladie, la réaction plus ou moins grande du typhique. Juhel-Rénoy nous a indiqué un point de repère excellent et facile à apprécier pour tout le monde : c'est cette réaction du typhique, qui, vers les neuvième ou dixième minutes, se met à frissonner dans son bain. Ce frissonnement, qui indique que le bain a produit son effet salutaire, devra être respecté pendant deux à trois minutes, ce qui donnera comme durée ordinaire du bain calmant, sédatif, douze à quinze minutes environ. C'est ce genre de bain qu'on donnera chez les gens âgés dès le début de l'affection, aussitôt que le diagnostic de dothiénentérie aura été fait ou même soupçonné. On l'appliquera pendant toute la durée de la maladie et d'une façon systématique, toutes les trois heures, aussi bien la nuit que le jour. Supposons maintenant que nous sommes en présence d'une fièvre typhoïde chez un malade ayant dépassé la quarantaine, et pour laquelle on veut appliquer la balnéothérapie ! Voici comment on procédera : le premier bain devant être donné à huit heures du matin, par exemple, on commencera, cinq minutes avant le bain, par prendre la température du malade à l'aide d'un thermomètre choisi à maxima, introduit dans le rectum ou le vagin, les températures axillaires n'ayant aucune valeur. Pendant ce temps, on procédera à la préparation du bain qui sera mis à la température voulue par addition d'eau froide ou d'eau chaude ; un thermomètre à bain indiquera le moment où la température du bain est bonne.

On aura préalablement préparé, sur une table, quatre à cinq verrées de boissons variées, grog ou cognac, lait, bouillon, champagne coupé, vin généreux, etc., afin de les faire ingérer au malade pendant la durée du bain. Une série de brocs d'eau à la température de 10 à 12 degrés sera placée à la portée de l'aide chargé de faire les affusions sur la nuque. Tous ces préparatifs, après quelques bains, seront exécutés très vivement par les aides habitués.

Ces préliminaires terminés, la température du malade ayant été notée sur la feuille de température, ainsi que l'état du cœur et du pouls, on commence par faire prendre au malade débarrassé de l'unique chemise qui le revêtait, une bonne gorgée de grog; puis, à l'aide d'une grosse éponge trempée dans de l'eau à une température un peu inférieure à celle du bain, on fait une ablution rapide sur le corps du malade afin de l'habituer à l'eau froide et d'atténuer la réaction vive qui se produira à l'entrée au bain. Le malade est ensuite conduit à la baignoire dans laquelle il entre le plus souvent de lui-même, soutenu par des aides; aussitôt son entrée dans la baignoire, il y est maintenu assis, et pendant que deux aides lui frictionnent légèrement les membres et le thorax, l'abdomen étant respecté, la personne chargée de surveiller le bain lui fait une première affusion d'eau à 10 ou 12 degrés sur la nuque, en faisant passer ainsi, sous forme de jet très peu élevé, le contenu de trois brocs d'eau. Cette affusion sur le bulbe aide puissamment le malade à supporter son bain et à en retirer le plus grand bénéfice; elle est indispensable chez les gens âgés, malgré ce qu'elle a de pénible pendant les premiers bains. Le malade est enfin plongé dans la baignoire après avoir bu le contenu de l'un des verres préparés. Au bout de cinq à six minutes, on fait une nouvelle affusion sur la nuque, les cheveux ayant été relevés sur le sommet de la tête chez les femmes; on fait boire de nouveau le malade, puis on le laisse dans le bain

jusqu'à l'apparition du frisson recherché ; après deux à trois minutes de frissonnement, on termine le bain par une nouvelle et troisième affusion d'eau froide sur le bulbe, et le malade est invité à sortir de la baignoire.

Pendant la durée du bain, qui est de quinze minutes, le malade a été, sans interruption, frictionné sur les membres et le thorax, afin d'exciter la circulation périphérique. Pendant le bain, il a réussi à ingérer les liquides qu'on lui avait destinés, et il est sorti heureux et éveillé de son bain. On le conduit sur un lit préparé avec une couverture reposant sur une toile imperméable, il est vivement enveloppé de cette couverture après avoir été légèrement essuyé; on lui offre un peu de grog ou de champagne, ou de xérès, malaga, porto, madère, vins généreux, suivant son désir, puis il est abandonné pendant un quart d'heure, vingt minutes, à son frisson, qui devra être prolongé malgré l'intensité qu'il pourra présenter.

On aura grand soin d'éviter de l'empêcher de se produire avec des couvertures et édredons, car il est voulu, cherché, et indique le bon effet du bain. Tout au plus mettra-t-on une bouillotte chaude aux pieds.

Au bout d'un quart d'heure de frissonnement, on prend la température du malade qui est ensuite essuyé, habillé et placé sur le décubitus latéral; il ne tarde pas à s'endormir, et on le laisse ainsi tranquillement reposer jusqu'à l'heure du nouveau bain, ne l'invitant à boire que lorsqu'il est éveillé. On procède pour le nouveau bain de la même manière ; on aura le soin de faire uriner le malade autant que possible avant les bains, afin de pouvoir recueillir les urines dans un bocal gradué, et inscrire la quantité émise dans les vingt-quatre heures sur la feuille de température.

Qu'on examine son malade dans l'intervalle des bains, et l'on pourra comparer son état avec celui des malades non baignés. Le pouls est relevé, le cœur tonifié, l'adynamie ou l'a-

taxie et le délire atténués, la céphalée amendée, l'intelligence revenue, le sommeil obtenu.

Grâce à ces bains, le malade a retrouvé la sensation de la soif, et boit facilement les boissons qu'on lui offre. Il arrive à ingérer 5 et 6 litres de liquides en vingt-quatre heures. Notre maître Juhel-Rénoy conseillait de préparer pour chaque jour :

Deux litres de lait cru et froid ; bouilli, si l'on n'est pas sûr de sa provenance ;

Un litre de bouillon léger, de veau ou de poulet ;

Un litre de limonade vineuse ;

Un litre d'eau fraîche ou d'eau légèrement minéralisée servant à couper le cognac, le rhum ou les vins généreux et le champagne.

Cette diète hydrique, cette alimentation liquide, suffit abondamment pour nourrir le malade pendant les vingt premiers jours. On peut y joindre ensuite, lorsque les symptômes s'amendent, un ou deux jaunes d'œuf battus dans le bouillon, et progressivement un ou deux potages au tapioca, des purées de viande, poulet haché, poisson bouilli, en même temps qu'on augmente le nombre des potages et des œufs à mesure que l'appétit devient plus grand. Ce régime nutritif, cette alimentation précoce si nécessaire au typhique d'un certain âge, l'empêche d'entrer en convalescence cachectisé et amaigri comme cela se voyait autrefois et se voit encore chez les gens non baignés. Mais, malgré la faim impérieuse du malade convalescent, on ne donnera une alimentation solide que très tardivement, après une apyrexie de plusieurs jours, et avec tous les ménagements qui sont recommandés dans cette affection.

Telle est la formule habituelle du bain pour les fièvres typhoïdes des gens âgés. Elle devra être instituée le plus tôt possible, car c'est surtout dans ces formes sévères que les complications redoutables ont tendance à se montrer, soit

du côté du cœur, du rein, du cerveau, du poumon, organes qu'on devra sans cesse surveiller, car à la moindre alerte, à la moindre menace, la formule générale sera modifiée et l'on passera du bain sédatif, calmant, au bain stimulant, au bain des moribonds de Glénard, pour revenir ensuite aux bains de toutes les trois heures, lorsque l'orage aura été calmé. Dans ces cas compliqués devenus des cas très graves, les bains devront être donnés plus fréquemment et systématiquement toutes les deux heures.

Voici la formule de ces bains stimulants :

Bains toutes les deux heures, de 24 à 20 degrés, progressivement refroidis à 18 degrés par des affusions très froides, de 8 à 10 degrés sur la nuque pendant toute la durée du bain, qui sera de huit à dix minutes. Le malade sera seulement assis dans la baignoire, massé et frictionné énergiquement sous l'eau. Le frisson sera nécessaire et prolongé ; l'alcool des grogs augmenté de 50 grammes et porté à 100 et 120 grammes. Avant chaque bain, on fera une injection sous-cutanée, tantôt d'éther, d'huile camphrée, de spartéine, de caféine (5 centigrammes à 15 centigrammes de sulfate neutre de spartéine, ou 1g,50 à 2 grammes de caféine dans les vingt-quatre heures).

Inhalation d'oxygène pendant et dans l'intervalle des bains. Vessie de glace sur le cœur et sur la tête, compresses glacées sur le thorax. Renouvellement fréquent de l'air de la chambre dont la température sera de 14 à 16 degrés.

Malgré ce que cette médication intensive paraît avoir de pénible pour le malade, pour la famille, il ne faudra pas se décourager ; il faudra se tenir tout prêt à recommencer si les complications reviennent.

Il faudra se rappeler, dans ces cas désespérés, condamnés, perdus en apparence, cette parole de Juhel-Rénoy : « Dans cette lutte longue, terrible, pourrait-on dire, il faut être soutenu par l'espoir, avoir été témoin de ces *résurrections* pour

ne pas abandonner la partie, pour porter à la baignoire ces « morts vivants ».

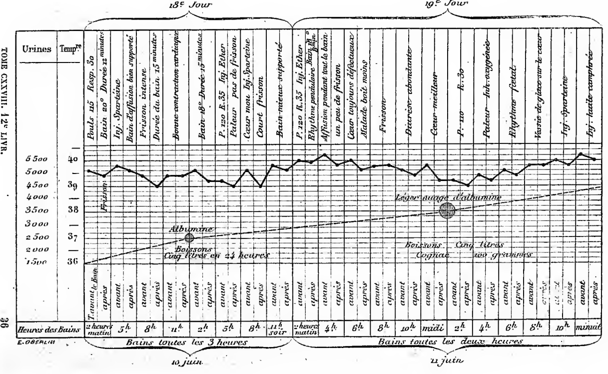
On devra donc recourir à cette médication intensive, surtout chez les gens âgés, dès qu'un symptôme alarmant, dû à l'affaiblissement d'un organe noble envahi, se présentera, pour reprendre ensuite le bain ordinaire qu'on ne cessera définitivement qu'avec prudence, et jamais brusquement. On pourra, guidé par la courbe thermique et urinaire, l'état général du malade, espacer les bains, en sauter un, deux, trois, quatre, progressivement, le jour et la nuit, pour n'arriver à la cessation complète des bains qu'après l'apyrexie, le bon fonctionnement des viscères, la reprise de l'appétit. On n'oubliera pas non plus que c'est surtout ces formes sévères des gens âgés qui se prolongent et peuvent exiger jusqu'à deux cents bains; que c'est surtout chez les gens âgés qu'on aura à craindre les rechutes successives.

Avant de terminer ce travail, il est un point sur lequel nous voulons appeler l'attention : c'est la prise de l'observation notée quotidiennement au point de vue des symptômes présentés, des effets produits par la médication, de la courbe thermique, de la courbe urinaire, de la quantité des boissons ingérées, etc.

On peut opérer de plusieurs manières.

Le plus souvent on se contente de faire une courbe de température avant et après les bains, toutes les autres considérations étant inscrites sur un cahier ou des feuilles volantes qu'il faut classer et qui peuvent s'égarer. Nous avons appris [de notre regretté maître Juhel-Rénoy une pratique excellente qui consiste à indiquer, sur une même feuille de température, tout ce que peut présenter le malade dans le cours de son affection.

Chez plusieurs malades de la ville que nous avons été appelés à baigner, nous nous sommes servi de feuilles de température du modèle de celles des hôpitaux, lesquelles, suc-



18e Jour
19e Jour
Urines
Tempre
Pouls 115 Resp. 30
Bain 20° Durée 12 minutes
Inj. Spartéine
Bain d'affusion bien supporté
Frisson intense
Durée du bain 15 minutes
Bonne contraction cardiaque
Bain 18° Durée 15 minutes
P. 120 R. 35 Inj. Ether
Paleur pas de frisson
Cœur mou Inj. Spartéine
Court frisson
Bain mieux supporté
P. 120 R. 35 Inj. Ether
Rhythme pendulaire Bain 18° 8 min.
Affusion pendant tout le bain
un peu de frisson
Cœur toujours défectueux
Malade boit moins
Frisson
Diurèse abondante
Cœur meilleur
P. 110 R. 30
Paleur Inh. oxygénée
Rhythme fœtal
Vessie de glace sur le cœur
Inj. Spartéine
Inj. huile camphrée
6500
5000
4500
4000
3500
3000
2500
2000
1500
40
39
38
37
36
Frisson
Albumine
Boissons
Cinq litres en 24 heures
Léger nuage d'albumine
Boissons Cinq litres
Cognac 100 grammes
T. avant le Bain
avant
après
Heures des Bains
2 heures matin
5h
8h
11h
2h
5h
8h
11h soir
2 heures matin
4h
6h
8h
10h
midi
2h
4h
6h
8h
10h
minuit
Bains toutes les 3 heures
Bains toutes les deux heures
10 juin
11 juin
E. OBERLIN

cessivement collées les unes à côté des autres, permettraient de voir d'un seul coup d'œil les progrès de l'affection. Le spécimen que nous joignons à ce travail en dira beaucoup plus que ce que nous pourrions écrire sur le sujet. Il représente deux jours quelconques de bains, l'un, bains calmants donnés toutes les trois heures, l'autre, bains stimulants donnés toutes les deux heures. Les annotations artificielles sont simplement marquées pour indiquer la place que peut occuper chacune des notes importantes qu'on peut avoir à recueillir.

CONCLUSIONS.

Nous formulerons ainsi les conclusions de ce travail :

La balnéothérapie est la seule méthode de traitement qui puisse rendre des services dans les formes sévères de la fièvre typhoïde.

Son application est d'une facilité extrême pour le médecin et pour un aide intelligent à qui le praticien la fera connaître.

La dépense à faire est très minime, puisqu'il suffit d'une baignoire louée ou achetée, et d'eau froide qu'on trouve partout.

Ni la famille, ni le malade, ne refuseront d'avoir recours au traitement par les bains froids, lorsque le médecin traitant aura assez d'autorité pour faire comprendre à l'entourage du malade que la balnéothérapie est la seule médication qui permette de sauver l'intéressé dans ces cas désespérés. Les complications qui mettent la vie du malade atteint de fièvre typhoïde en danger survenant surtout chez les gens ayant dépassé la quarantaine, la balnéothérapie devra être commencée et pratiquée systématiquement dès le début de l'affection ; elle sera un moyen préventif sûr contre ces complications. Elle abrégera d'ailleurs de beaucoup la durée de la maladie et de la convalescence.

On commencera par donner le bain sédatif, calmant, tonique, diurétique, à 18 ou 20 degrés toutes les trois heures, d'une durée de douze à quinze minutes, avec affusions froides sur le bulbe, au début, au milieu et à la fin de chaque bain.

S'il survient une menace d'affaiblissement du côté d'un organe noble, cœur, rein, cerveau, poumon, compromis dans sa fonction physiologique nécessaire pour lutter contre l'infection, on prendra immédiatement la médication intensive : bains toutes les deux heures, à 18 degrés, d'une durée de huit à dix minutes, avec affusion à 10 degrés sur la nuque pendant toute la durée du bain stimulant. On y ajoutera la vessie de glace sur le cœur et le cerveau, les compresses glacées sur le thorax. Cette réfrigération continue sera faite jusqu'à ce que les accidents menaçant la vie du malade se soient amendés, et l'on reprendra ensuite le bain ordinaire des trois heures, en diminuant progressivement le nombre des bains jusqu'à l'apyrexie complète, le bon état des viscères et l'entrée franchement en convalescence,

A ces conditions seulement, on pourra éviter de graves complications chez les typhiques âgés et arracher à une mort certaine ces typhiques compliqués, considérés comme désespérés.

A ces conditions seulement, on pourra obtenir ces véritables résurrections dont parlait Juhel-Rénoy, résurrections qu'il savait si bien obtenir, comme nous avons pu nous en rendre compte par les exemples qui sont passés sous nos yeux lorsque nous avions l'honneur d'être son élève.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

SERVICE DE M. ALBERT ROBIN.

(Hôpital de la Pitié.)

Traitement des accidents hépatiques d'origine paludéenne.

Les gros foies et les grosses rates d'origine paludéenne représentent les accidents paludiques les plus fréquents chez les malades qui arrivent de pays à fièvre. Il arrive assez rarement aux médecins qui n'habitent pas les pays à malaria d'ignorer, faute d'usage, les traitements de la fièvre paludéenne, et cela n'a pas d'inconvénient, puisqu'ils n'ont jamais de malades de ce genre à traiter; mais il peut toujours leur arriver des sujets chez lesquels les accès ont disparu, et qui restent toujours sous le coup de l'infection et sont porteurs d'une congestion du foie d'origine malarienne.

Or, ces malades sont très difficiles à guérir, et, dans ce cas, on peut dire que le sulfate de quinine, presque toujours administré par ignorance, est sans aucun effet.

Le quinquina, au contraire, donne de bons résultats, à condition d'être associé, dans un traitement complexe et prolongé, à l'arsenic, au fer et à l'hydrothérapie.

Le traitement doit être ordonné de la manière suivante :

1° Matin et soir une cuillerée à soupe de la solution :

Eau	300g,00
Arséniate de soude	0 ,05

Chaque cuillerée à soupe contient 2 milligrammes et demi d'arséniate de soude.

2° Prendre en une ou deux fois par jour, dans une infusion de café noir, de préférence après le repas, un paquet :

Poudre de quinquina jaune	} ãã 4 grammes.	
— — rouge		

Faire trente paquets semblables.

Il arrive souvent que les malades ne peuvent supporter la pâte fluide ainsi formée ; on ordonne alors, par jour, huit à dix bols ainsi formulés :

Poudre de quinquina gris	ãã	0g,12
— — jaune...........		
Extrait de quinquina..................		0 ,25

Pour un bol ; faire soixante bols semblables.

3° Tous les matins, une douche froide.

Commencer par un jet direct appliqué rapidement sur la colonne vertébrale, puis terminer par un jet brisé percussif sur le foie et la rate.

Ce traitement doit être pratiqué pendant un mois ; au bout de ce temps, tout en continuant l'hydrothérapie, on suspendra l'arsenic et le quinquina, qu'on remplacera par une préparation ferrugineuse. Au bout d'un mois, on reprendra le premier traitement et l'on alternera ainsi de mois en mois jusqu'à disparition totale des accidents, lesquels peuvent se prolonger fort longtemps.

VARIÉTÉS

La thérapeutique de Broussais ;

Par le docteur Ch. Fiessinger, d'Oyonnax.

I

Le dédain dont les contemporains accablent Broussais enveloppe une légitime satisfaction : se débarrasser de la gloire d'autrui est toujours agréable. Et puis, Laënnec ne nous a-t-il pas donné l'exemple ? C'est de très haut qu'il toise les doctrines de son rival.

Or, n'en déplaise à la postérité, la face ardente de Broussais n'est pas si défigurée qu'il semble, par les attaques qui

avaient tâche d'y imprimer des flétrissures indélébiles. La thérapeutique de Broussais avait sa raison d'être : les spoliations sanguines, l'abstinence, les boissons émollientes et acidules combattaient l'intoxication par déchets cellulaires ou toxines microbiennes, et cela, Laënnec ne l'avait pas prévu. Adversaires acharnés, les deux maîtres restent debout, victorieux sur leurs positions. Le legs de Laënnec nous est parvenu intact, et les recherches modernes ne l'ont pas entamé. Le souffle d'apôtre que Broussais apportait à la diffusion de ses idées projette des lueurs de vérités qui avaient échappé à ses détracteurs.

L'effacement temporaire subi par la personnalité de Broussais était un phénomène obligé : le promoteur de la médecine physiologique était riche d'idées. Toute idée, en science, étant une interprétation, c'est-à-dire l'effet d'une conception individuelle, ne s'impose pas de par sa propre force. Lorsqu'elle n'éblouit pas comme le trait d'une intuition géniale, l'idée s'éteint avec son auteur. L'oubli les ensevelit tous deux.

Le fait, au contraire, une fois signalé, frappe les sens. Une constatation anatomique n'est guère, dans sa sécheresse, matière à controverse. L'esprit le plus médiocre est à même d'apprécier la structure d'un tissu. Un fait, cela se voit; une idée, cela se comprend. Bien vue, une chose n'est guère modifiable dans ses grandes lignes; c'est ce qui différencie le fait de l'idée. L'idée n'est pas seulement fonction d'un sens tel que la vue; elle reflète surtout une synthèse intellectuelle.

Il est entendu que nous ne parlons pas de celui qui découvre le fait, mais de ceux qui le constatent après lui. Confirmer un fait est plus aisé que saisir la portée d'une idée. Il faut entrer par la méditation dans le cerveau qu'on veut comprendre, et cela n'est pas dispensé à chacun. L'orgueil humain a tourné cette difficulté : il déverse le ridicule sur

ce qui dépasse l'entendement. Si Laënnec a été grand observateur de faits, Broussais a été grand créateur d'idées. Le génie qui découvre un fait est compris de ses contemporains; le génie qui enfante des idées est souvent méconnu. C'est que le fait vit d'une vie immédiate : l'idée géniale enferme le fait en prescience. Elle ne prend son vol que du jour où le fait prévu est réalisé. Ce jour se lève pour Broussais. Juger ce polémiste par le haussement d'épaules coutumier est d'une critique un peu cavalière. Moins superbe est le geste de feuilleter l'œuvre du grand réformateur.

II

Dans le domaine thérapeutique, que de vues justes à glaner ! Sans doute le mot employé n'est pas toujours exact : *gastrite* remplace communément le terme *trouble stomacal.* Le pauvre Broussais a appris aux dépens de sa gloire qu'on ne se trompe pas impunément de mots. L'humanité ne raisonnant guère que sur des mots, l'ampleur de l'idée reste d'ordinaire méconnue derrière l'impropriété du terme. Cela a été le sort de Broussais.

Aujourd'hui que les passions se sont dissipées dans le recul du temps, plus d'un applaudira telle conception thérapeutique qu'abrite une étiquette mal venue.

On sait l'importance que l'auteur attribue à l'inflammation. Il est toujours dangereux, dit-il, de ne pas arrêter une inflammation à son début. La saignée sera l'arme de choix. L'abstinence, les boissons émollientes et acidules, les révulsifs maintiendront pendant une période de succès inégale les effets de la déplétion sanguine.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on apprécie les bénéfices d'une hémorragie au début d'une pyrexie. Hippocrate avait signalé le fait. Broussais s'en est emparé. Avec sa doctrine des fièvres essentielles liées à la gastro-entérite, c'était là double motif de tirer la lancette : l'action favorable des hé-

morragies constatée cliniquement était corroborée par la découverte de la phlegmasie gastro-intestinale constatée anatomiquement. Une saignée opérée en pareil cas ne faisait que devancer un effort curatif qui, livré à son jeu naturel, pouvait être tardif ou insuffisant.

Mais de quelles réserves l'apôtre de la médecine physiologique circonscrit la nécessité de ces soustractions sanguines! Les phlegmasies anciennes, l'état anémique du sujet deviennent des contre-indications formelles. On surveillera l'application des sangsues chez les enfants; l'énergie de l'impulsion cardiaque dans le jeune âge risquant de prolonger l'hémorragie d'une peau richement irriguée.

En face de pareilles propositions, le clinicien s'incline. Il garde une attitude plus froide au conseil de pousser la saignée jusqu'à la syncope dans les inflammations récentes. Les sujets avaient beau être vigoureux et jeunes, nous préférons ne pas renouveler l'expérience.

Des axiomes d'un sens clinique très avisé s'empressent d'atténuer cette assertion de l'innocuité dont jouiraient, en certaines occasions, les soustractions sanguines exagérées. Nous saluons en Broussais un précurseur de génie quand il préconise le froid dans le traitement du typhus, le typhus étant, pour l'auteur, une gastro-entérite aiguë tombée dans la stupeur, le fuligo, la lividité. Utilisé dès le début du typhus, le froid est supérieur aux saignées. Il faut le prescrire à l'intérieur et à l'extérieur. On évitera ainsi l'affaiblissement provoqué par une perte de sang. Le danger est grand de saigner un organisme aux prises avec le poison putride du typhus.

Voilà, certes, une affirmation dont les typhiques ont tiré profit; leur entourage sera non moins reconnaissant à Broussais de l'avoir mis en garde contre les dangers de la contagion. Ces paroles semblent écrites d'hier : « Tout malade affecté de typhus peut devenir un foyer d'infection pour les

personnes saines et leur communiquer sa maladie s'il est renfermé dans un local étroit et si ses émanations sont stagnantes autour de lui. Mais s'il est placé dans un lieu sain, bien aéré, cette communication est difficile. »

Broussais épidémiologiste mérite d'être cité. Il est moins remarquable que Broussais spécialiste des maladies de l'estomac.

De par ses fonctions, l'estomac est un organe fréquemment irrité. Au clinicien de ne pas aggraver cette irritation. Les purgatifs sont dangereux ; les spoliations séreuses qu'ils déterminent sont accompagnées d'une irritation préjudiciable au malade. La thérapeutique doit se borner à guérir les maladies : inutile d'en créer. Que de fois le traitement antisyphilitique n'est-il pas coupable de semblable méfait ? Le patient meurt guéri de sa syphilis, tué par la gastrite médicamenteuse. La crainte qui poursuivait Broussais d'exaspérer l'irritation stomacale lui faisait même, dans la fièvre intermittente, administrer le quinquina par la voie rectale.

S'il eût connu la médecine hypodermique, il en fût devenu un adepte enthousiaste. Il n'eût pas été réduit à ordonner la teinture alcoolique de quinquina en frictions sur la peau.

Ménager l'estomac est le souci majeur du thérapeute. L'estomac délabré est une porte ouverte aux complications de tout genre : l'hypocondrie s'installe ; heureux le malade qui échappe à la phtisie pulmonaire. Au cas où les sympathies morbides ne s'éveillent pas dans le cerveau ou le poumon, le patient a assez à faire de se défendre contre les lésions locales menaçantes : le squirre, le ramollissement, la perforation de l'estomac.

La doctrine des sympathies morbides que sollicite le trouble stomacal renferme en germe les doctrines des auto-intoxications et des réflexes d'origine gastrique. Broussais a esquissé l'ébauche de l'œuvre que Bouchard et puis Albert

Robin ont parfaite soixante ans plus tard. Telle phrase du médecin de la grande armée rappelle à s'y méprendre la manière de dire de nos contemporains.

Lisez plutôt les lignes suivantes? : « L'indication de relever les forces par une alimentation copieuse ne se tire ni de la maigreur ni de la faiblesse, mais uniquement de la rapidité de l'assimilation et de la prédominance de la composition sur la décomposition ». Ce précepte a été émis en 1820.

III

Toutes les théories sont fausses, objectait-on à Broussais. Et Broussais de répondre qu'on avait raison. Il ne faisait pas de théories, lui ; il observait, et sur ses observations édifiait des procédés de guérir. Broussais, se défendant d'être un théoricien est un de ces traits qui trahissent l'homme ignorant de soi. Comment aurait-il pu se connaître? Le tumulte des guerres impériales qu'il suivait en sa qualité de chirurgien avait violemment secoué sa sensibilité émotive naturellement vibrante. La paix conclue, l'excitation orageuse du milieu lui devint un besoin. Les polémiques dans lesquelles il jeta sa fougue exubérante écartèrent de lui l'atmosphère calme que recherche le penseur replié sur l'analyse de ses sensations. Sollicité par sa passion de combativité, il s'élançait au fort de la mêlée, multipliant les coups, et dans son emportement, ne prenait garde aux côtés vulnérables de sa personne que découvrait son geste de batailleur acharné à la riposte, rebelle à percevoir ses blessures.

Ce refus d'avouer la valeur des critiques qu'on lui opposait faisait la part vraiment belle aux ennemis de Broussais. Sa parole enflammée électrisait les assistants ; le prestige s'évanouissait, l'orateur disparu. L'envie ravala l'intelligence d'une conception dont les points faibles apparurent avec les progrès de la science. Le monument de la médecine physiologique se lézarda. Broussais mort, ce fut l'effondre-

ment. La réaction s'opéra furieuse, exultante. Elle piétina les débris de cette œuvre grandiose. Dans les éclairs du génie, elle ne vit que des propositions fantaisistes.

Les extraits que nous avons donnés de l'œuvre de Broussais témoignent que ce jugement est à réformer. Laënnec est resté grand. Broussais se relève et, sur la grisaille des intelligences, resplendit superbement.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Thérapeutique chirurgicale.

Ablation d'un calcul très volumineux de l'amygdale. — Traitement du cancer par la sérothérapie. — Traitement des abcès costaux par les injections de teucrine. — Traitement de l'iléus par calculs biliaires.

Ablation d'un calcul très volumineux de l'amygdale. — Le docteur Anthelme Combe, en son nom et en celui du docteur Dubousquet, a présenté à l'Académie (séance du 28 mai 1895) une note sur les calculs de l'amygdale. Il a





présenté un de ces corps étrangers, du volume d'une petite noix, qu'il pense être le plus gros de ceux dont les observations aient été enregistrées jusqu'ici. Il insiste sur la formation de ces calculs dans les cryptes tonsillaires, qui auraient toujours pour noyau central un corps étranger autour duquel sont venus se déposer des sels de chaux et de magnésie, des dépôts de mucus de la gorge et de la bouche, etc.

Une coupe de ce calcul met parfaitement à nu le point central qui, dans ce cas, était une de ces petites masses de matière caséeuse, semblable à un grain de riz, s'écrasant sous le doigt, exhalant une odeur fétide, qui sont sécrétées dans les cryptes des amygdales.

L'analyse du calcul, faite par le docteur Berlioz, donne les chiffres suivants rapportés à 100 :

Eau	5g,90
Matières organiques	19 ,00
Phosphate de chaux	48 ,76
Phosphate de magnésie	22 ,88
Carbonate de chaux	5 ,46
Fer	Traces appréciables.

La composition de ce calcul présente donc une grande analogie avec celles des rhinolithes, calculs qu'on retrouve parfois dans les fosses nasales, et qui ne sont d'ailleurs aussi que des calculs secondaires, c'est-à-dire formés autour d'un corps étranger, noyau de cerise, haricot, etc.

Les auteurs mettent en parallèle les accidents graves que, souvent, occasionnent ces calculs (ulcérations, abcès, phlegmons), et en d'autres circonstances, la tolérance parfaite de l'amygdale.

Pour MM. Anthelme Combe et Dubousquet, les amygdalites à répétition sont presque toujours dues à la présence, dans les cryptes, de ces noyaux de matière caséeuse qui servent de point de départ à l'inflammation de la glande et provoquent des abcès.

Il y a lieu d'instituer toujours un traitement médical consistant en gargarismes antiseptiques à base d'acide phénique, de phénosalyl ou de saccharine, et un traitement chirurgical absolument nécessaire, *la discision*, qui consiste à diviser, à l'aide d'un crochet mousse, les lacunes de l'amygdale qu'on cautérise ensuite au thermo-cautère.

Deux ou trois séances suffisent pour arriver à la guérison

complète. Quant au traitement des calculs mêmes, il est purement chirurgical. Après avoir dégagé, au bistouri, les bords anfractueux de la glande, on retirera le calcul à l'aide de pinces à griffes; des lavages antiseptiques fréquents permettront d'atteindre rapidement la guérison sans complications.

Traitement du cancer par la sérothérapie (Communication à l'Académie des sciences de MM. Richet et Héricourt). — Les auteurs ont pris un ostéo-sarcome de la jambe; la tumeur fut broyée, puis additionnée d'un peu d'eau; le liquide fut filtré et injecté à un âne et à deux chiens. L'injection ne fut suivie d'aucune réaction, et cinq, sept et quinze jours après, le sang de ces animaux fut pris pour en recueillir le sérum qui servit à pratiquer des injections chez deux malades. Le premier cas est celui d'une femme opérée par M. Terrier d'une tumeur du sein qui récidiva six mois après. Les injections de sérum furent faites autour de la tumeur, dans le tissu cellulaire, à la dose de 3 centimètres cubes, pendant quarante jours, et furent suivies d'une diminution des deux tiers de la tumeur, d'une amélioration sensible de l'état général, la malade ayant engraissé d'une façon appréciable. Le deuxième cas est celui d'un malade de M. Reclus, âgé de quarante-quatre ans, atteint d'une tumeur épigastrique diagnostiquée cancer de l'estomac. On injecta 4 centimètres cubes de sérum par jour pendant seize jours. Ces injections furent rapidement suivies d'une diminution considérable de la tumeur et d'une amélioration notable de l'état général. Ces deux observations montrent que le sérum anticancéreux peut donner des résultats merveilleux dans les cas de cancer.

Traitement des abcès costaux par les injections de teucrine (Communication à la Société de chirurgie, séance du 1er mai, Dr Quenu). — Depuis plusieurs années, le docteur Quenu a essayé, avec succès, les injections de teucrine dans les

adénites tuberculeuses et les abcès froids, suivant la méthode du professeur Mosetig Moorhof. M. Quenu présente un malade atteint d'abcès froid costal, la lésion osseuse ayant été reconnue au stylet, et montre les bons effets des injections de teucrine dans le traitement des abcès froids. Le malade a subi six injections de teucrine, de 3 grammes chacune, du 15 décembre à la fin de février, et est aujourd'hui complètement guéri.

De la cholédocotomie par la voie lombaire (Communication du docteur Tuffier à la Société de chirurgie; séance du 15 mai 1895). — L'auteur, se basant sur dix opérations cadavériques qui ont toutes réussi par cette nouvelle voie, cholédocotomie par la voie lombaire, règle ainsi le manuel opératoire :

« Placez le sujet sur le flanc gauche, un coussin sous le flanc pour faire bomber le côté droit; placez-vous du côté de la fesse et pratiquez mon incision de néphrectomie (partant de l'angle de la douzième côte et de la masse sacro-lombaire et s'étendant à 15 centimètres en dehors. Elle est située à un travers de doigt au-dessus et parallèlement à cette côte). Découvrez l'extrémité inférieure du rein, remontez-le et maintenez-le bien sous les fausses côtes. Vous avez devant vous la seconde partie du duodénum et le pancréas, avec le cholédoque; tirez en dehors cette seconde portion pour amener vers vous la tête du pancréas et l'éloigner de la veine cave. Les choses étant ainsi, mettez l'index gauche sur le bord supérieur de la tête du pancréas, la pulpe toujours en dedans, vous sentez un cordon. C'est le cholédoque et ses petits vaisseaux; une sonde cannelée et une longue pince vous permettent d'isoler le cordon blanchâtre, de l'explorer et de l'inciser. Suturez si vous pouvez. En tout cas, drainez. »

Cette nouvelle voie pour la cholédocotomie n'a pas encore été essayée sur le vivant; elle paraît présenter certains avantages; extra-péritonéale, elle détermine une fistule négligeable, quand elle a lieu, puisqu'elle est aussi extra-péritonéale. De plus, le cholédoque est facilement exploré dans toute sa longueur et

surtout dans sa portion rétroduodénale si difficile à aborder en avant.

Traitement de l'iléus par calculs biliaires. par le docteur Galliard. — Le docteur Galliard, médecin de l'hôpital Tenon, dans un travail paru dans la *Presse médicale* du 18 mai 1895, sur l'iléus par calculs biliaires, eu formule ainsi le traitement :

Traitement médical. — Éviter les purgatifs qui sont nuisibles. Les lavements sont indispensables pour vider le gros intestin. User modérément des grandes irrigations. Éviter de stimuler outre mesure les contractions de l'intestin, d'exaspérer le spasme. Pour ce : opium, morphine, belladone. Pas de lavage de l'estomac. Palpation prudente de l'abdomen, mais pas de massage. L'électrisation est peu utile. Le procédé de choix est la laparotomie qui, d'exploratrice, pourra devenir active et indiquer l'entérotomie, voire même la cholédocotomie. C'est au médecin d'établir les médications de la cure chirurgicale, et au chirurgien d'agir suivant les indications fournies par la laparotomie.

Pharmacologie générale.

De l'influence de l'alcool sur la décomposition de l'albumine organique. — Tachycardie survenant pendant l'anesthésie par le chloroforme.

De l'influence de l'alcool sur la décomposition de l'albumine organique (Z. Donogány et N. Tibáld, *Ungarisches Archiv für Medicin*, B. III, Heft 2, 1894). — Voici les résultats des expériences entreprises par l'auteur :

1° L'alcool influence notablement les échanges ; absorbé à petites doses, il augmente la quantité d'azote éliminé ; cette augmentation atteint 3,4 pour 100 (= 0g,04 par kilogramme d'animal) ; donné à doses élevées, il diminue, au contraire, l'élimination de l'azote à 12 pour 100 environ (= 0g,41 par kilogramme d'animal).

2° L'alcool pris à petites doses augmente, non seulement la quantité absolue d'acide urique, mais aussi sa proportion d'azote total; cette augmentation va jusqu'à 37,8 pour 100. Les doses élevées d'alcool n'influencent pas notablement l'élimination de l'acide urique.

3° En règle générale, l'élimination de l'acide phosphorique va parallèlement à celle de l'azote.

4° Les doses moyennes et petites d'alcool font augmenter la quantité totale de phosphore de 12 pour 100, tandis qu'elle diminue de 13 pour 100 après l'administration des doses élevées d'alcool; ici aussi, les variations sont parallèles aux variations dans la quantité d'azote éliminé.

5° La diurèse, augmentée par de petites doses d'alcool, est diminuée par des doses élevées.

Tachycardie survenant pendant l'anesthésie par le chloroforme (Henry E. Tuley, communication à l'Académie de médecine de Louisville, séance du 18 mars 1895; *Journal of American medical Association*, 13 avril 1895, p. 549 et 550). — Il s'agit d'un homme robuste de trente ans, soumis à la narcose chloroformique pour être opéré d'une fistule à l'anus. Période d'excitation très bruyante; sommeil tranquille pendant presque toute la durée de l'opération, avec un pouls de 84, et cœur tout à fait normal. On a employé en tout 20 grammes de chloroforme.

Vers la fin de l'opération, sans cause appréciable aucune, tachycardie énorme (plus de 200), pouls filiforme, incomptable; respiration normale. Pansement rapide, injection sous-cutanée de 0g,0006 de nitroglycérine, et le malade fut porté au lit. Une heure plus tard, nouvelle injection sous-cutanée de nitroglycérine (0g,0024), d'atropine (0g,0006) et de strychnine (0g,00188); les battements cardiaques continuèrent à être aussi précipités qu'avant l'injection. Application de compresses chaudes à la région précordiale, et de bouteilles d'eau chaude aux pieds. Le malade ne se plaignit de dyspnée que pendant quelques minutes. Pouls

radial incomptable. Trois heures plus tard, injection sous-cutanée de morphine ($0^{g},015$) et application de glace sur la région précordiale. Pouls radial toujours incomptable, mais battements cardiaques plus lents (160) ; respiration normale. Deux heures et demie plus tard, les battements cardiaques ayant atteint de nouveau le nombre de 200 par minute, seconde injection de morphine ($0^{g},015$) ; une heure plus tard, le pouls descendu à 97 par minute, sommeil tranquille. Le pouls pris pendant la nuit, d'heure en heure, montra 98, 92, 88, 80, 84, 78, 78 par minute. Guérison complète.

Le malade raconta ensuite qu'il était atteint, de temps en temps, de tachycardie plus ou moins accusée, avec, une ou deux fois, perte de conscience pendant ces attaques. Il fume beaucoup et abuse passablement des liqueurs spiritueuses.

Ce fait est intéressant, d'abord par sa rareté extrême, et ensuite parce qu'il démontre clairement que, pendant la narcose chloroformique, il faut faire grande attention au pouls, et ne pas se reposer simplement sur la respiration toute seule ; à n'en pas douter, si l'on avait continué à administrer le chloroforme, sans se soucier de l'état du pouls, le sujet aurait succombé. Peut-être, aussi, lui a-t-on administré trop de chloroforme ? En tout cas, pendant la narcose, il ne faut pas perdre un seul instant de vue le pouls, et s'arrêter dès qu'on le sent devenir irrégulier, affaibli ou par trop accéléré.

Maladies des articulations.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche. — Sur les résultats du traitement chirurgical des arthropathies d'origine nerveuse.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche (Holsted, *Annals of Surgery*, 1894). — D'après l'auteur, la qualité de la marche ne dépendrait nullement du degré de raccourcissement. Le raccourcissement s'accuserait avec l'âge des malades.

Dans la plupart des cas, on échouerait complètement avec l'extension et les appareils. Le traitement de Lannelongue (injections avec une solution de chlorure de zinc à 10 pour 100) donne parfois de bons résultats. L'auteur a obtenu des résultats très remarquables avec la méthode de Paci : reposition sous-cutanée de la tête fémorale luxée et immobilisation consécutive. Ce mode de traitement fournit-il un résultat négatif, on aura alors recours au procédé opératoire de Hoffa qui a à son actif des succès brillants. (*Centralblatt für die gesammte Therapie*, avril 1895, p. 225 et 226). Il est à remarquer qu'au vingt-cinquième congrès de la Société allemande de chirurgie tenu à Berlin (séance du 18 avril soir; voir *Semaine médicale*, 1895, n° 21, p. 177), Hoffa affirme que la réduction opératoire de la luxation congénitale de la hanche ne peut avoir de succès qu'au prix d'un traitement consécutif par le massage et la gymnastique. Le massage et les exercices doivent être longtemps continués, et le résultat ne peut être considéré comme satisfaisant que lorsque les muscles abducteurs, et en particulier le moyen fessier, qui sont dans un état d'atrophie plus ou moins marquée après l'opération, ont recouvré leurs fonctions normales. L'abaissement du bassin du côté sain ne se produit plus alors si le patient se tient debout sur la jambe opérée. Il se prononce en outre pour l'incision antérieure de Lorentz qui décrit (*id.*, *ibid.*) comme suit son procédé opératoire : l'incision est pratiquée en avant du grand trochanter, entre le tenseur du *fascia lata* et le moyen fessier; on peut ainsi arriver commodément sur la face antérieure de la capsule articulaire sans léser aucun muscle important. De même on ne rencontre aucune sérieuse difficulté dans le temps de l'opération consistant à reconstituer une cavité cotyloïde, dans laquelle viendra se loger la tête fémorale abaissée par l'extension préalable au moyen d'un appareil spécial, qui amène graduellement la tête fémorale en face de la cavité cotyloïde. Les meilleurs succès sont obtenus chez les enfants, mais on peut espérer encore la guérison complète chez les sujets âgés de vingt ans. S'agit-il d'une luxation bilatérale, il importe

de n'intervenir d'abord que d'un seul côté et d'attendre le résultat définitif avant de tenter la seconde opération.

Sur les résultats du traitement chirurgical des arthropathies d'origine nerveuse (P. H. Schoonheid, thèse de Heidelberg, 1894). — Après avoir analysé les deux observations de *Kortweg*, l'auteur émet les conclusions suivantes, quant au traitement chirurgical des arthropathies de cause nerveuse :

On peut être tout à fait sûr que les lésions des *parties molles* se cicatrisent bien toutes les fois que l'on pratique des opérations sur les articulations des névropathes ; tout de même, il vaut mieux traiter le plus longtemps possible par l'expectation les formes légères de ces arthropathies.

La consolidation des os réséqués n'ayant eu lieu que dans le seul cas de V. Bergmann, l'auteur se prononce en principe contre la résection des os des membres inférieurs ; de même on se gardera bien de pratiquer la résection des os des membres supérieurs, ainsi que l'arthrotomie ou l'arthrectomie aux membres supérieurs aussi bien qu'aux membres inférieurs. En effet, dans des cas semblables il arrive assez souvent que la cicatrice finit par s'amincir de plus en plus ; il se forme une fistule qui donne du pus. Vu les dangers spéciaux inhérents à l'intervention chirurgicale chez des tabétiques (marche plus rapide de l'affection, manie, rétention d'urine, cystite, pyélonéphrite), on n'entreprendra que des opérations chirurgicales radicales et, par suite, en règle générale, on n'aura recours qu'à l'amputation; quant aux indications de cette opération sanglante, les voici en quelques mots : on opérera le plus tôt possible toutes les fois que les appareils orthopédiques n'améliorent qu'en partie l'état des malades ; a-t-on affaire à des complications telles que suppuration, douleurs, tuberculose, etc., l'opération sera pratiquée sans tarder une seule minute. (*Therapeutische Monatshefte*, mars 1895, p. 157.)

Tuberculose.

Traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphtol camphré (Communication du docteur Catrin à la Société médicale des hôpitaux, séance du 3 mai). — Le docteur Catrin a traité un malade atteint de péritonite tuberculeuse par l'injection intra-abdominale de 10 grammes de naphtol camphré.

Une première ponction de 4^{l},200 de liquide avait été faite à cause des phénomènes asphyxiques.

L'épanchement s'étant reproduit, on fit une deuxième ponction qui donna 4^{l},200 de liquide citrin, puis 10 grammes de naphtol camphré furent injectés. L'injection fut suivie d'une réaction assez vive, douleurs abdominales, fièvre, tendance aux nausées; les phénomènes réactionnels persistèrent pendant huit jours et, au niveau de l'injection, on trouva bientôt, à la palpation, un gâteau péritonéal en voie de formation. Bien que l'affection fût surtout pulmonaire, l'amélioration survenue chez le malade, la formation rapide du gâteau intestinal paraissent favorables à ce mode de traitement.

REVUE DES LIVRES

Maladies de la peau.

Diagnostic et Traitement de la pelade et des teignes de l'enfant, par le docteur R. Sabouraud. Paris, 1895. Un volume de 345 pages avec 22 figures, dont 7 en couleurs hors texte. Rueff et Cᵉ, éditeurs.

Depuis quelques années, le nombre des cas de pelade augmente et le traitement de cette affection continue à faire le désespoir du médecin. L'auteur, dans son nouveau traité de la pelade et des teignes tondantes, indique le moyen de diagnostiquer et de différencier les formes diverses de ces maladies des poils et des cheveux. Pour chacune de ces affections, l'auteur indique les moyens prophylactiques propres à empêcher la contagion de se propager et à prévenir les épidémies. Il

donne le traitement rationnel de la maladie caractérisée et différenciée, chaque forme ayant un traitement particulier.

Ce livre est un véritable manuel de diagnostic et de traitement capable de rendre de réels services au médecin.

Leçons sur les maladies de la peau, faites à la Faculté de médecine et à l'hôpital Saint-Louis par le docteur Gaucher. Un volume de 830 pages avec figures dans le texte. Prix : 12 francs. Paris, 1895. O. Doin, éditeur.

Cet ouvrage, comme le dit l'auteur dans sa préface, est la reproduction intégrale de quarante-deux leçons faites à la Faculté de médecine et à l'hôpital Saint-Louis en 1893. Le docteur Gaucher y traite *les affections de la peau les plus communes*, par conséquent, celles qui intéressent le plus particulièrement l'élève et le praticien.

Chaque affection y est traitée d'une façon très complète et avec un soin méthodique qui permet au lecteur d'y puiser les connaissances indispensables de dermatologie. Il y trouvera également la partie qui l'intéresse au plus haut point, celle du traitement de ces affections cutanées parfois si rebelles à toute thérapeutique.

C'est un livre classique qui fera partie de toutes les bibliothèques de l'étudiant et du médecin.

Gynécologie.

Manuel des maladies des femmes, par A. Lutaud, médecin adjoint de Saint-Lazare. Un volume de 508 pages, troisième édition. Paris, 1895. Bataille, éditeur. Prix : 8 francs.

Cette nouvelle édition du *Manuel des maladies des femmes*, du docteur Lutaud, contient 418 figures dans le texte, et met le praticien et l'élève au courant des procédés opératoires récemment introduits dans la pratique gynécologique. Les procédés de diagnostic et les nouvelles méthodes d'exploration, ainsi que les traitements les plus récents y sont décrits avec soin. Le lecteur y trouvera à la fin du volume un memento-formulaire lui indiquant les formules les plus usuelles employées par les gynécologistes.

Ce livre est un véritable manuel de gynécologie opératoire aussi bien à la portée de l'élève que du praticien.

Pédiatrie.

Traité clinique des maladies du cœur chez les enfants, par le docteur E. Weill. Un volume de 390 pages. Paris, 1895. O. Doin, éditeur.

Les affections du cœur chez l'enfant sont en général confondues avec celles de l'adulte dans les traités classiques de pathologie.

Un livre particulier sur les cardiopathies de l'enfance s'imposait et le traité clinique du professeur agrégé de Lyon vient à temps combler cette lacune. Les maladies infantiles sont celles que le praticien est appelé à traiter le plus souvent dans sa pratique journalière, et les médecins liront avec plaisir ce nouveau traité. L'auteur, après avoir indiqué l'examen du cœur chez l'enfant, décrit les cardiopathies congénitales et acquises de l'enfance avec leur traitement, et donne des renseignements sur les caractères différents des maladies du cœur du jeune âge et celles de l'adulte. Cette série de leçons cliniques constitue un livre à la fois scientifique et pratique.

La Mort apparente du nouveau-né, par le docteur DEMELIN. Société d'éditions scientifiques. Paris, 1895. Prix : 3 francs.

Ce volume fait partie de la *Petite Encyclopédie médicale* et a été couronné par l'Académie de médecine, prix de l'Hygiène de l'enfance, 1894.

L'auteur, chef de clinique d'accouchement de la Faculté de médecine, décrit la mort apparente du nouveau-né avec ses formes diverses et montre que le traitement est variable comme ses formes.

Le Guide maternel ou l'Hygiène de la mère et de l'enfant, par le docteur A.-E. SELLE. Paris, 1895. Société d'éditions scientifiques. Un volume de 200 pages. Prix : 4 francs.

Ce guide s'adresse surtout aux jeunes femmes et principalement aux jeunes mères. C'est une deuxième édition qui sera certainement accueillie par toutes les familles soucieuses de la santé de leurs enfants. Les jeunes femmes y trouveront les conseils hygiéniques qui leur permettront de mener à bien leurs grossesses, d'éviter les accidents infectieux qui peuvent survenir après l'accouchement, tant pour la jeune mère elle-même que pour son enfant. La jeune mère y puisera également les meilleurs moyens hygiéniques et les excellents conseils nécessaires pour la santé du bébé. Ce livre, orné de figures dans le texte, doit faire partie de la bibliothèque de la mère de famille soucieuse de la santé de ses jeunes bébés.

L'administrateur-gérant, O. DOIN.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME CENT VINGT-HUITIÈME.

A

ABADIE (Ch.), 29.
Abcès costaux (Traitement des) par les injections de teucrine), 557.
Abdomen (De l'intervention dans les plaies de l'), 380.
Abdominal (Sarcome) guéri par des injections de toxines érysipélateuses, 525.
Age et vie sexuelle des femmes bien portantes (Influence de l') sur la rapidité avec laquelle les médicaments sont résorbés de l'estomac, 428.
Alcool (De l'influence de l') sur la décomposition de l'albumine organique). 559.
ALEXANDRE (Trente cas d'opération d'), pour rétroflexion et rétroversion de l'utérus, 333.
Amygdales (De l'électro-amygdalotomie comme moyen d'ablation des sans hémorragie, 527.
— (Ablation d'un calcul très volumineux de l'), 555.
Anévrisme fémoral traité avec succès par la compression digitale, 516.
Angine de poitrine (Traitement de l'), 283.
Angines non diphtériques (Traitement des) au moyen de badigeonnages de gaïacol glycériné, 236.
Antipyrine salolée (Des applications d') dans le traitement de certaines hémorragies utérines, 237.
Anus (Traitement des abcès de l'), 381.
Appareil circulatoire (Maladies de l'), 511.
Argent (Maladies de l'utérus et des annexes et électrolyse intra-utérine de l'), 243.
Arthrite déformante (Contribution au traitement opératoire de l') et du rhumatisme articulaire chronique, 383.
Arthropathies d'origine nerveuse (Sur les résultats du traitement chirurgical des), 563.
Articulations (Maladies des), 561.
Asaprol, 194, 256, 308, 356.
Ascite (Traitement de l') par le régime sec, 577.
ASCORNET, 515.
Asthme chez les enfants (Traitement de l'), 374.
Avis aux lecteurs, 211.

B

Bains froids dans la fièvre typhoïde des gens âgés, 530.
BARDET (G.), 287, 289, 291, 400.
BAZY, 102.
BÉNÉZET (M S.), 428.
BENOIT DU MARTOURET, 347.
Biliaire (Cas d'obstruction intestinale aiguë par enclavement d'un calcul), 525.
BOGROFF (G.), 513.
BOISSEAU DU ROCHER, 243.
BOLOGNESI (A.), 49, 126, 155, 274, 530.
BOURGEOIS, 373.
Bronchique (Traitement de l'adénopathie) chez les enfants, 372.
Bronchite aiguë (Du traitement de la), 97.
Broussais (La Thérapeutique de), 549.
BRUCE CLARKE (W.), 330.
BRUNS, 513.

Buveurs (La Cure des) à Ville-Evrard en 1894, 78, 133, 185.
Buxbaum (B.), 330.

C

Cancer (Traitement du) par la sérothérapie), 556.
Carmin et pyoktauine dans le traitement d'un cas de rétrécissement carciuomateux de l'œsophage, 517.
Castration (Nouvelle contribution au traitement de l'hypertrophie prostatique par la), 335.
Catrin, 564
Cautérisations (Sur la manière de pratiquer les) dans le traitement de l'ophtalmie purulente, 29.
Champetier de Ribes, 379.
Chaux (Recherches sur le phosphate de) à l'état physiologique, 415.
— (Des applications thérapeutiques du phosphoglycérate de), 426.
Chibert, 511.
Cholédocotomie (De la) par voie lombaire, 558.
Chlorhydrique (Comment on doit prescrire l'acide) dans les maladies de l'estomac, 328.
Chloroforme (Tachycardie survenant pendant l'anesthésie par le), 560.
Chlorose (Traitement de la), 507.
Chorée (Traitement de la), 141, 466.
Clinique thérapeutique, 3, 97, 347, 385, 433, 481.
Coley, 423.
Combe, 555.
Comby, 464, 468.
Compression digitale (Anévrisme fémoral traité avec succès par la), 516.
— (Traitement des ulcères par la) et les plaques métalliques, 515.
Correspondance, 90, 529.
Courtade (A.), 337.
Crises gastriques et dyspepsie chronique des diabétiques, 327.

D

Darbouet, 236.
Démidovitch (V. P.), 428.
Diabète expérimental (Influence de la pipérazine sur le), 235.
Digestives (Sur l'action analgésique du bicarbonate de soude dans les affections), 326.
— et respiratoires (Quelques remarques pratiques sur les corps étrangers des voies) et des procédés à employer pour les en déloger, 522.
Digitaline cristallisée allemande (Activité comparée de la) et de la digitoxine allemande, 287.
Digitoxine allemande (Activité comparée de la digitaline cristallisée allemande et de la), 287.
Diphtérie (L'Usage de la pilocarpine dans la), 236.
Djamboé (Sur l'action thérapeutique des feuilles et de l'écorce du), 39.
Donogany, 559.
Dubousquet, 555.
Dujardin-Beaumetz, 1, 3, 97.
Dyspepsie causée par gastrite chronique (Traitement de la), 459.
— (De l'intervention chirurgicale dans les), 3.

E

Eiselsberg (A. Freih. v.), 512.
Electro - amygdalotomie (De l') comme moyen d'ablation des amygdales sans hémorragie, 527.
Electrothérapie, 243, 527.
Electrothérapique (Traitement) des vomissements incoercibles de la grossesse, 379.
Enfants (Maladies des), 463.
Entérectomie (Trois cas d'), 518.
Entérocolite muco - membraneuse (L'), 519.
Erysipèle (Traitement abortif de l'), par la méthode de Juhel-Rénoy, la traumaticine à l'ichthyol, 49, 126, 155.
Estomac (Sur quelques nouvelles méthodes de traitement des affections chroniques de l'), 34.
— (Traitement du cancer de l'), 285
— (Comment on doit prescrire l'acide chlorhydrique dans les maladies de l'), 328.

F

FIESSINGER, 549.
FINSEN, 377.
Formaldéhyde (Etude sur les propriétés thérapeutiques et désinfectantes de la) ou formol, 293.
— (De la désinfection par la production sur place de vapeurs de) ou formol, 400.
Formol. V. *Formaldéhyde*.

G

Gaïacol glycériné (Traitement des angines non diphtériques au moyen de badigeonnages de), 236.
GAILLARD, 425.
GALLIARD, 559.
GALVAONI, 423.
Glycérophosphates (Les), 385, 433.
Goitre (Sur le traitement du) par l'injection de la glande thyroïde, 513.
— exophtalmique (Traitement du), par le salicylate de soude, par Chibert, 511.
— (Traitement chirurgical du), par Tuffier, 512.
— (Neuf nouveaux cas de) traités avec succès par des injections d'extrait de la glande thyroïde, 513.
GOLDENBACH, 41, 44.
Gorge (Le Parachlorophénol dans le traitement des maladies de la) et du nez, 234.
GRUBE, 327.
GRUNDZACH (J.), 332.
GUÉRIN (Alphonse), 191.
GUINARD (A.), 191.
Gynécologie, 510.

H

Hanche (Traitement de la luxation congénitale de la), 561.
HARTMANN, 381.
Hémosphérinurie (Etude clinique sur un cas d'), provoquée par la quinine et suivie d'une néphrite albumineuse aiguë, 90.
Hépatiques (Traitement des accidents) d'origine paludéenne, 548.
HÉRICOURT, 557.
HILDEBRAND (H.), 235.
HOLSTED, 561.
HUCHARD (H.), 328.
HUGEL, 39.
Hydrothérapie contre la sciatique, 330.
Hygiène, 400.
— prophylactique, 293.
— thérapeutique, 78, 133, 185.
Hypnotique (Le Trional comme), 425.

I

Iléus (Traitement de l') par calculs biliaires, 559.
Inanition (De l'influence de l') sur l'action des médicaments), 426.
Infantile (Contribution à l'étude de l'asaprol dans la thérapeutique), 194, 256, 308, 356.
Intestinale aiguë (Cas dans lequel les symptômes prodromiques d'une occlusion) ont disparu après l'enlèvement d'un corps étranger de l'anus, 332.
— (Cas d'occlusion) par enclavement d'un calcul biliaire dans le jéjunum, 525.
Irrigations nasales (Traitement de l'ozène par les grandes), 43.

J

JORDAN (Th), 426.
JUHEL-RÉNOY, 49, 126, 155.

K

KACHARZEWSKI (H.), 326.
KANELLIS (S.), 90.
KATCHKOVSKY, 518.
KLEIN (A.), 445, 494.
KUESTNER (O.), 333.

L

LABADIE-LAGRAVE, 237.
LAFAGE, 426.
Larynx chez les enfants (Emploi de l'opium dans le traitement des rétrécissements du), 41.
LEWIN, 40.
LINOSSIER (G.), 326.
LÜTKENS (R.), 335.
Lycétol (Notice sur le), un dissolvant de l'acide urique, 235.

M

Main bote (Contribution au traitement opératoire de la), 380.
Malaria (Note sur le traitement de la), 445, 494.
MARANDON DE MONTYEL (E.), 78, 133, 185.
MARFAN, 472.
MARMOREK 424.
Méat hypogastrique (Du) chez les prostatiques), 102.
Médicaments introduits, chez les sujets bien portants, par l'estomac ou le rectum (Sur la rapidité comparative avec laquelle se résorbent quelques), 428.
MÉRIGOT DE TREIGNY, 519.
Métrites (Traitement des), 274.
Migraines (Traitement des), 45.
MONCORVO, 194, 256, 308, 356.
MORAIN (W.), 464.
MORAVITSKY, 517.
MORRO (W.), 42.
Mort apparente du nouveau-né (Traitement de la), 463.
MOULIN, 379.
MOUNIER, 527.
MÜLLER (W.), 383.
MYNTER, 525.

N

Naphtol camphré (Traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de), 564.
Nécrologie, 191.
Nephrite albumineuse aiguë (Etude clinique sur un cas d'hémosphérinurie provoquée par la quinine et suivie d'une), 90.
Néphrorrhaphie dans un cas de rein mobile gauche, 526.
Nez (Le Parachlorophénol dans le traitement des maladies de la gorge et du), 234.
Note de la Rédaction, 289.

O

OBALINSKI (A.), 510.
Œsophage (Carmin et pyoktanine dans le traitement d'un cas de rétrécissement carcinomateux de l'), 517.
Ophtalmie purulente (Sur la manière de pratiquer les cautérisations dans le traitement de l'), 29.
— des nouveau nés (Traitement de l'), 140.
Opium (Emploi de l') dans le traitement des rétrécissements du larynx chez les enfants, 41.
Oreille (Traitement des corps étrangers de l'), 337.
Ozène (Traitement de l') par les grandes irrigations nasales, 43.

P

Parachlorophénol (Le) dans le traitement des maladies de la gorge et du nez, 234.
Pédiatrie, 214.
Péricarde (Cas de pyopéricardite guérie par l'incision du), 512.
PÉRIER (E.), 374.
Péritonite tuberculeuse (Traitement de la) par les injections de naphtol camphré), 564.
Pharmacologie, 415.
— générale, 425.
Phénocolle (Nouvelle contribution à l'action thérapeutique du chlorhydrate de), 326.
Pilocarpine (L'usage de la) dans la diphtérie, 236.
PINARD, 463.
Pipérazine (Influence de la) sur le diabète expérimental, 235.
Pneumonie (Injections intraveineuses de sérum artificiel dans la), 423.
Prostatique (Nouvelle contribution au traitement de l'hypertrophie) par la castration, 335.
Pyoktanine (Carmin et) dans le traitement d'un cas de rétrécissement carcinomateux de l'œsophage, 517.
Pyopéricardite (Cas de) guérie par l'incision du péricarde, 512.

Q

QUENU, 557.
Quinine (Etude clinique sur un cas d'hémosphérinurie provoquée par la) et suivie d'une néphrite albumineuse aiguë, 90.

Quinine chez les enfants (La), 468.
Quinquina chez les enfants (Le), 464.

R

RAUGÉ, 43.
Régime sec (Traitement de l'ascite par le), 377.
Rein mobile (Treute cas de) traités chirurgicalement, 330.
— (Néphrorrhaphie dans un cas de) gauche, 526.
REMY (Ch.), 10, 60, 121, 171.
Rhumatisme articulaire chronique (Contribution au traitement opératoire de l'arthrite déformante et du), 383.
RICHARDSON, 521.
RICHET Ch.), 422, 557.
RIED (A.), 38.
ROBIN (A.), 385, 433, 459, 481, 507, 525, 548.
ROGER, 424.
ROMANO, 380.
ROSENHEIM, 34.
ROUVILLE (DR), 139.
RYOIGIER, 335.

S

SAPELIER, 146, 211.
SAVIN (E.-F.), 526.
SAWTELLE (Henry W.), 316.
SCHMOURLO, 234.
SCHOONHEID, 563.
SCHWITZ, 380.
Sciatique (Hydrothérapie contre la), 330.
Seigle ergoté (Le) contre les sueurs nocturnes des phtisiques, 41, 44.
SEMON (F.), 522.
Sérothérapie, 422.
— (La) dans la syphilis, 422.
— antistreptococcique, 424.
— (Traitement du cancer par la), 556.
Sérum artificiel (Les injections intraveineuses et sous-cutanées de, 139.
— (Injections intraveineuses de) dans la pneumonie, 423.
SIMON (Jules), 372.
SMITH (J.-W.), 525.
Sodium (Résultats du traitement de la tuberculose par le fluorure de), 373.
Sommeil symptomatiques (Traitement des attaques de), 481.
Soude (Sur l'action analgésique du bicarbonate de) dans les affections digestives, 326.
— (Traitement du goitre exophtalmique par le salicylate de), 511.
Splénopexie (Sur la), 335.
STERN, 41.
Stomatite mercurielle tardive, 379.
Strontiane (Emploi thérapeutique des sels de), 38.
Sublimé (Les injections intraveineuses de) dans le traitement de la syphilis, 40.
Sueurs nocturnes des phtisiques (Le seigle ergoté contre les), 41, 44.
Sulfonal (Action du), du trional et du tétronal, 42.
Syphilis (Les injections intraveineuses de sublimé dans le traitement de la), 40.
— (La Sérothérapie dans la), 422.

T

Tachycardie survenant pendant l'anesthésie par le chloroforme, 560.
Tétronal (Action du sulfonal, du trional et du), 42.
Teucrine (Traitement des abcès costaux par la), 557.
Thermo-résineuse (De l'élimination de l'acide urique par la médication), 347.
Typhoïde (Fièvre) chez les enfants (Traitement de la), 472.
— des gens âgés (Les bains froids dans la fièvre), 530
Thyroïde (Neuf nouveaux cas de goitre exophtalmique, traités par des injections d'extrait de la glande), 513.
— (Sur le traitement du goitre par l'injection de la glande), 513.
TIBALD (N.), 559.
Torticolis spasmodique (Sur le traitement chirurgical du), 521.
Toxines du streptocoque érysipélateux et du *Bacillus prodigiosus* dans le traitement des tumeurs malignes, 423.

Toxines érysipélateuses (Sarcome abdominal guéri par des injections de), 525.
Traumaticine à l'ichthyol (Traitement de l'érysipèle par la méthode de Juhel-Rénoy, la), 49, 126, 155.
Travaux français et étrangers (Revue des), 422, 463, 510.
Trional (Action du sulfonal, du) et du tétronal, 42.
— (Le) comme hypnotique, 425.
Tube digestif (Maladies du), 517.
Tuberculose (Résultats du traitement de la) par le fluorure de sodium, 373.
Tuffier, 512, 558.
Tuley (Henry E.), 560.
Tumeurs malignes (Toxines du streptocoque érysipélateux du *Bacillus prodigiosus* dans le traitement des), 423.

U

Urine (Incontinence d') chez les enfants (Traitement de l'), 46.
Urique (De l'élimination de l'acide) par médication thermo-résineuse, 347.
Utérines (Des applications d'antipyrine salolée dans le traitement de certaines hémorragies), 237.
Utérins (Sur le choix de l'opération à entreprendre contre les fibromes), 510.
Utérus (Maladies de l') et des annexes, et électrolyse de l'argent intra-utérine, 243.
— (Trente cas d'opération d'Alexandre de rétroflexion et de rétroversion de l'), 333.

V

Varices (Comparaison des diverses méthodes de traitement des) et de leur complication la plus fréquente : l'ulcère, 10, 60, 121, 171.
Variot, 214.
Variqueux (Traitement des ulcères) par la compression et les plaques métalliques, 515.
Vaudin (L.), 415.
Vomissements incoercibles de la grossesse (Traitement électrothérapique des), 379.

W

Walton, 521.
Welsch, 236.
Witzack (H.), 238.

PARIS — TYPOGRAPHIE A. HENNUYER, RUE DARCET, 7.